

Mariana Barroso Saraiva

Impacto da Prática de Atividade Física na Qualidade de Vida do Adulto

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Ponte de Lima, 2017

Mariana Barroso Saraiva

Impacto da Prática de Atividade Física na Qualidade de Vida do Adulto

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Ponte de Lima, 2017

Mariana Barroso Saraiva

Impacto da Prática de Atividade Física na Qualidade de Vida do Adulto

(Mariana Barroso Saraiva)

Projeto de Graduação, apresentado à Universidade
Fernando Pessoa, como parte dos requisitos para a
obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

Sumário

A atividade física, a saúde e a qualidade de vida estão intimamente relacionados entre si. O corpo humano foi concebido para se movimentar e como tal necessita de AF regular com vista ao seu melhor funcionamento e de forma a evitar doenças. A prática regular de AF e a adoção de um estilo de vida ativo são necessários para a promoção da saúde e qualidade de vida durante o processo de envelhecimento (DGS, 2009).

Os profissionais de saúde, como é o caso dos enfermeiros, que trabalham com indivíduos e comunidades podem proporcionar aconselhamento no que respeita aos benefícios da atividade física para a saúde (Orientações da União Europeia para a prática de Atividade Física, 2009, p.28).

O objetivo da presente investigação foi conhecer o impacto da prática de atividade física na qualidade de vida do adulto de Ponte de Lima.

Tratou-se de um estudo quantitativo descritivo-correlacional que pretendia verificar se existia relação entre a prática de atividade física e a qualidade de vida. O estudo foi direcionado ao adulto residente no concelho de Ponte de Lima. Como instrumento de colheita de dados foi utilizado um questionário construído através de dois outros questionários já existentes denominados IPAQ e WHOQOL-Bref. Da amostra fizeram parte 44 indivíduos com idade entre os 18 e os 64 anos que estavam presentes no dia 29 de Maio de 2017, no período das 9:30h às 12h e das 14:30h às 18h, no Largo de Camões, em Ponte de Lima.

Os resultados obtidos neste estudo demonstraram uma relação positiva entre a prática de atividade física e a qualidade de vida em geral. Por tal razão, concluiu-se que a prática de AF tem um impacto positivo na QV do adulto residente em de Ponte de Lima.

Palavras-chave: atividade física, sedentarismo, qualidade de vida, hábitos saudáveis, orientações.

Abstract

Physical activity, health and quality of life are closely related. The human body is designed to move around and as such needs regular AF in order to function better and avoid diseases. Regular practice of PA and the adoption of an active lifestyle are necessary for the promotion of health and quality of life during the aging process (DGS, 2009).

Health professionals, such as nurses working with individuals and communities, can provide advice on the benefits of physical activity for health (European Union Physical Activity Guidelines, 2009, p.28).

The objective of the present investigation was to know the impact of the practice of physical activity on the quality of life of the adult of Ponte de Lima.

It was a descriptive-correlational quantitative study that sought to verify if there was a relationship between the practice of physical activity and the quality of life. The study was directed to the adult resident in the municipality of Ponte de Lima. As a data collection instrument, a questionnaire constructed using two other questionnaires, IPAQ and WHOQOL-Bref, was used. The sample consisted of 44 individuals aged between 18 and 64 years old who were present on May 29, 2017, from 9:30 a.m. to midday and from 2:30 p.m. to 6:00 p.m., in Largo de Camões, Ponte de Lime.

The results obtained in this study demonstrated a positive relation between the practice of physical activity and quality of life in general. For this reason, it was concluded that the practice of PA has a positive impact on the QL of the adult living in Ponte de Lima.

Key words: physical activity, sedentary lifestyle, quality of life, healthy habits, guidelines

Agradecimentos

Em primeiro lugar quero agradecer aos meus pais, não só pelo amor, apoio e compreensão durante estes quatro anos de formação, mas também pela educação, pelos valores em que acredito e pela oportunidade de me facultarem uma formação académica.

É com muito apreço e gratidão que enuncio a Professora Doutora Margarida Ferreira, orientadora deste trabalho de investigação, pois sem o seu tempo e dedicação não teria sido possível a realização desta investigação.

De grande importância são as amizades que construí no decorrer de todo o percurso académico e, por isso, não posso deixar de referir a minha grande amiga Ana Paula Brandão que tal como em todas as outras etapas deste percurso se manteve ao meu lado e me apoiou.

Quero agradecer também à Universidade Fernando Pessoa e aos professores que tive ao longo do curso por me terem proporcionado um ensino de excelência e por me terem apoiado e ajudado a chegar ao final desta etapa com a sensação de dever cumprido.

Índice

| | |
|---|----|
| Introdução | 13 |
| I. Fase Concetual..... | 16 |
| 1. Problema de investigação | 16 |
| i. Domínio da investigação | 16 |
| ii. Questão pivô e questões de investigação | 16 |
| 2. Revisão da literatura | 17 |
| i. Adulto | 18 |
| ii. Atividade Física e Saúde..... | 18 |
| iii. Determinantes da Atividade Física | 21 |
| iv. Orientações para a Prática de Atividade Física | 23 |
| v. Impacto da Prática de Atividade Física na Saúde do Adulto..... | 24 |
| vi. Qualidade de Vida..... | 26 |
| 3. Objetivos de investigação..... | 29 |
| II. Fase Metodológica | 31 |
| 1. Desenho de investigação | 31 |
| i. Tipo de estudo..... | 32 |
| ii. População alvo, amostra e processo de amostragem | 33 |
| iii. Variáveis em estudo | 34 |
| iv. Instrumento de recolha de dados e pré-teste | 35 |
| v. Tratamento e apresentação dos dados..... | 38 |
| 2. Salvaguarda dos princípios éticos..... | 39 |

| | |
|--|----|
| III. Fase Empírica | 41 |
| 1. Apresentação, análise e interpretação dos dados | 41 |
| 2. Conclusões do estudo | 47 |
| Conclusão | 49 |
| Referências Bibliográficas..... | 51 |

Anexos

Anexo I – Questionário

Anexo II – Pedido de Autorização relativo ao Questionário WHOQOL-Bref

Anexo III – Dados colhidos através do Questionário WHOQOL-Bref

Anexo IV – Cotação do Questionário WHOQOL-Bref

Anexo V - Cronograma

Índice de Gráficos

| | |
|---|----|
| Gráfico nº 1 – Distribuição por Género | 42 |
| Gráfico nº 2 – Distribuição por Grupo Etário..... | 42 |
| Gráfico nº 3 – Situação Profissional | 43 |
| Gráfico nº 4 – Distribuição por Escolaridade | 43 |
| Gráfico nº 5 – Estado Civil..... | 44 |
| Gráfico nº 6 – Situação Atual de Doença | 44 |
| Gráfico nº 7 – Classificação do Nível de AF dos Adultos | 45 |
| Gráfico nº 8 – Classificação do Nível de AF por Género | 46 |

Índice de Tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela nº 1 – Valor das médias dos diferentes domínios | 47 |
|--|----|

Lista de Siglas

AF – Atividade Física

CDC – Centers of Disease Control and Prevention

DGS – Direção Geral de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

QV – Qualidade de Vida

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

UE – União Europeia

WHO – World Health Organization

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life

Introdução

O presente estudo de investigação surge no âmbito do currículo pedagógico do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Polo de Ponte de Lima, no ano letivo de 2016/2017, como requisito para a obtenção do grau de licenciatura em Enfermagem. Esta investigação teve início em novembro de 2016, altura na qual decorria o ensino clínico de Saúde Familiar e Comunitária, e terminou em junho de 2017 sendo entregue à universidade e tendo sido defendida posteriormente no mês seguinte.

Qualquer trabalho de investigação que é proposto realizar assenta em motivações pessoais e académicas por parte do investigador, assim também este se revestiu de tais. Posto isto, como motivações académicas destaca-se o crescimento a nível de conhecimento científico, abrangendo uma temática de interesse público e pertinente em relação ao âmbito de ação de enfermagem, possibilitando o desenvolvimento de competências na realização de um trabalho deste caráter. Relativamente às motivações pessoais, e apesar de advirem das académicas, estas tiveram por base o ensino clínico de Saúde Familiar e Comunitária que consciencializaram a investigadora para este foco de atenção, suscitando-lhe interesse. Pois, trata-se de um tema que deve ser alvo de estratégias de prevenção de forma a evitar repercussões graves a longo prazo na saúde da população.

A investigação científica, segundo Fortin (2009, p.4), constitui um método de aquisição de conhecimentos que permite encontrar respostas para questões precisas. A mesma autora refere ainda que esta consiste em descrever, explicar, prever e verificar factos, acontecimentos ou fenómenos.

Deste modo, a investigação concebe-se como um processo importante para o desenvolvimento contínuo da Enfermagem levando os enfermeiros a desenvolver, cada vez mais, os seus conhecimentos científicos e a sua aptidão prática ao nível dos cuidados que prestam.

O tema abordado nesta investigação foi o Impacto da Prática de Atividade Física na Qualidade de Vida do Adulto. O interesse em abordar esta temática surgiu por se tratar de um tema atual que suscita alguma preocupação, pois dados fornecidos pela DGS (2002) indicam que um estilo de vida sedentário constitui um fator de risco para o desenvolvimento de diversas doenças crónicas, incluindo doenças cardiovasculares, aumentando a morbilidade, a mortalidade e reduzindo a qualidade e o tempo de vida.

A atividade física, a saúde e a qualidade de vida estão intimamente relacionadas entre si.

A OMS (2014) define AF como sendo qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos (atividades físicas praticadas durante o trabalho, jogos, execução de tarefas domésticas, viagens e em atividades de lazer) que exijam gasto de energia.

O corpo humano foi concebido para se movimentar e como tal necessita de AF regular com vista ao seu melhor funcionamento por forma a evitar doenças (Orientações da União Europeia para a Atividade Física, 2009). Dados fornecidos pela DGS (2002) indicam que, no mundo inteiro, mais de 60% dos adultos não efetuam os níveis suficientes de atividade física considerados benéficos para a saúde.

Segundo Costa (*cit in* Becker, 2013, p.50), atualmente a QV passou a ser um “conjunto de equilíbrio harmonioso” que abrange as dimensões profissionais, fisiológicas, espirituais e emocionais do indivíduo.

Posto isto, e após uma aprofundada revisão de literatura através de pesquisa na internet, de artigos científicos, teses, dissertações e livros presentes em bibliotecas físicas e virtuais, surgiu como objetivo geral da investigação: Conhecer o impacto da prática de atividade física na qualidade de vida do adulto de Ponte de Lima.

Para este estudo optou-se pela metodologia descritiva-correlacional, com uma abordagem quantitativa. Como instrumento de recolha de dados foi utilizado um questionário aplicado a uma amostra de 44 adultos, com idade entre os 18 e os 64 anos (OMS), e residentes no concelho de Ponte de Lima. Após a recolha, os dados foram devidamente tratados no programa Microsoft Excel.

Este estudo está estruturado em três partes distintas: a primeira aborda a fase concetual que contempla o problema de investigação, domínio de investigação, questões pivô e de investigação, revisão da literatura e objetivos do estudo; a segunda parte corresponde à fase metodológica que abrange o tipo de estudo, apresentação da população e amostra, as variáveis do estudo, o instrumento e método de recolha de dados e as considerações éticas; por fim, a terceira e última parte refere-se à fase empírica do trabalho de investigação, na qual se realiza a apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos de acordo com os objetivos da investigação.

Os resultados do estudo demonstraram que a maior parte dos participantes eram pessoas consideradas ativas relativamente à prática semanal de atividade física, o que vai ao

encontro de vários estudos onde se verifica uma maior preocupação da população em manter-se ativa devido aos benefícios que a prática de AF traz para a saúde. Contudo, verificam-se ainda valores preocupantes relativamente à prática de AF de nível baixo principalmente por parte do género feminino.

Em relação às variáveis atividade física e qualidade de vida, concluiu-se que a prática de atividade física tem um impacto positivo na qualidade de vida do adulto residente em Ponte de Lima.

I. Fase Concetual

De acordo com Fortin (2009, p.49), esta fase consiste em definir os elementos de um problema. No decorrer da fase conceptual, o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre um tema preciso, para poder chegar a uma conceção clara do problema. A fase concetual sustém uma grande importância, pois defere à investigação uma orientação e um objetivo.

1. Problema de investigação

Segundo Fortin (2009, p.52):

Formular um problema de investigação é fazer a síntese do conjunto dos elementos de informação colhidos sobre o tema. É desenvolver uma ideia baseando-se numa progressão lógica dos factos, em observações e raciocínios relativos ao estudo que se deseja empreender.

Para a mesma autora, esta é uma das etapas chave do processo de investigação e situa-se no centro da fase concetual (Fortin, 2009, p.52).

De acordo com o que foi referido surgiu a problemática em estudo: Impacto da Prática de Atividade Física na Qualidade de Vida do Adulto.

i. Domínio da investigação

Para Fortin (2009, p.67):

O tema de estudo é um elemento particular de um domínio de conhecimentos que interessa ao investigador e o impulsiona a fazer uma investigação, tendo em vista aumentar os seus conhecimentos.

ii. Questão pivô e questões de investigação

Fortin (2009, pp.72-73) afirma que: “Uma questão de investigação é uma pergunta explícita respeitante a um tema de estudo que se deseja examinar, tendo em vista desenvolver o conhecimento que existe.”. É composta por um enunciado claro e não equívoco, que explicita os conceitos a examinar, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica (Fortin, 2009, p.72).

De acordo com Ribeiro (2010, p.34), “(...) a questão de investigação constitui o elemento fundamental do início de uma investigação (...)”.

Para Hulley (2008, p.35), uma questão de investigação “(...) é a incerteza que o investigador pretende resolver sobre algo na população, realizando aferições nos sujeitos do estudo (...)”.

Segundo Brink e Wood (2001) *cit in* Fortin (2009, p.73), “Qualquer questão delimita um tema de estudo, precisa a população e os conceitos e comporta uma questão pivô.”

Fortin (2009, p.73) afirma ainda que “(...) a questão pivô é uma interrogação que precede o tema de estudo e o situa num certo nível de conhecimentos.”.

Desta forma, foi delineada a seguinte questão pivô, à qual se pretendia obter resposta no final do estudo: Qual o impacto da prática de atividade física na qualidade de vida do adulto de Ponte de Lima?

Neste âmbito, foram definidas as seguintes questões de investigação:

- Quais os níveis de atividade física habitual dos adultos de Ponte de Lima?
- Qual a perceção dos adultos de Ponte de Lima relativamente à sua qualidade de vida?
- Terá a prática de atividade física impacto na qualidade de vida do adulto de Ponte de Lima?

2. Revisão da literatura

Para Fortin (2009, p.87), revisão da literatura consiste na junção de trabalhos publicados relacionados com um tema de investigação. A análise profunda destas publicações permite obter a informação necessária para a formulação do problema de investigação.

Segundo Hungler e Polit (2007, p.77), “(...) quando já se selecionou um tema em geral, a leitura ajuda a precisar ainda mais o problema e a formular as perguntas de investigação apropriadas.”.

Fortin (2009, p.87) afirma, ainda, que a revisão da literatura é indispensável não só para definir bem o problema, mas também para ter uma ideia precisa acerca do estado atual dos conhecimentos sobre um dado tema, das suas lacunas e contribuição da investigação para o desenvolvimento do saber. Esta pode ser mais ou menos abundante, segundo a complexidade do tema (Fortin, 2009, p.87).

Deste modo, procurando situar o estudo num contexto teórico e específico utilizou-se, para tal, a literatura científica indexada nas bases de dados: Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Portal Regional da BVS, Centers of Disease Control and Prevention, utilizando-se as palavras-chave: atividade física, exercício físico, saúde e qualidade de vida, usando diversas combinações. Também se recorreu a livros e trabalhos científicos nomeadamente artigos de revisão.

i. Adulto

A idade adulta compreende o período entre os 18 e os 64 anos de idade (OMS, 2012).

Contudo, Farah (2008, p.74) divide a idade adulta em três fases gerais:

- Indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 40 anos são designados adultos jovens (ou início da fase adulta);
- Pessoas entre os 40 e os 65 anos de idade são designadas adultos intermediários, adultos médios ou adultos de meia-idade;
- Indivíduos com 65 ou mais anos de idade designam-se por adultos idosos, adultos seniores ou adultos da terceira idade.

Face à categorização exposta, optou-se por utilizar neste estudo a definição fornecida pela OMS, debruçando-se então a investigação sobre os adultos do concelho de Ponte de Lima.

ii. Atividade Física e Saúde

A Organização Mundial de Saúde (2014) define atividade física como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que exijam gasto de energia – incluindo atividades físicas praticadas durante o trabalho, jogos, execução de tarefas domésticas, viagens e atividades de lazer.

Tal atividade, segundo o Instituto do Desporto de Portugal (2011), define-se como qualquer movimento associado à contração muscular proporcionando o aumento do gasto de energia acima dos níveis de repouso. Esta ampla definição inclui todos os contextos da atividade física, tais como, ocupacional, em casa ou perto de casa, relacionada com as deslocações do dia-a-dia e aquela praticada em momentos de lazer (incluindo a maioria das modalidades desportivas).

O termo “atividade física” não deve ser confundido com exercício físico entendido como uma subcategoria da atividade física que é planeada, estruturada, repetitiva, tendo como objetivo melhorar ou manter um ou mais elementos da aptidão física (OMS, 2014).

Segundo Martins (2000, p.32) fazer exercício físico é uma forma de praticar AF, embora muitas atividades físicas não sejam exercícios.

Na prática de AF, caso o movimento corporal seja feito espontaneamente, sem intuito de treinar o organismo e com movimentos não planeados e desestruturados, não pode ser considerado exercício físico. Por exemplo, a caminhada que se faz sistemática e regularmente, com intuito de emagrecer é um exercício, mas a caminhada para ir às compras ou passear é uma AF; faz-se exercício físico quando se vai a uma aula de dança monitorizada por um professor, mas pratica-se AF quando se vai a um baile; levantar pesos em sessões de musculação é exercício físico, mas levantar pesos enquanto arruma a casa ou trabalha é AF (Martins, 2000, p.32).

A OMS (2016) define a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades”. A saúde passou, então, a ser mais um valor da comunidade que do indivíduo. É um direito fundamental da pessoa humana, que deve ser assegurado independentemente da raça, da religião, ideologia política ou condição socioeconómica.

A atividade física, a saúde e a qualidade de vida estão intimamente relacionadas entre si. O corpo humano foi concebido para se movimentar e como tal necessita de atividade física regular, com vista ao seu melhor funcionamento por forma a evitar doenças (Orientações da União Europeia para a Atividade Física, 2009, p.7).

O mundo tem assistido a um aumento significativo das doenças cardiovasculares, cancro, diabetes e doenças respiratórias crónicas estritamente relacionadas com alterações dos estilos de vida, nomeadamente, o tabagismo, inatividade física (sedentarismo) e a uma alimentação não saudável.

Segundo Barata (*cit in* Elias, 2014, p.20), a atividade física, quando não praticada de forma regular e suficiente, resulta num estilo de vida a que chamamos de “sedentarismo”. A vida sedentária e uma alimentação desadequada, rica em gorduras e pobre em fibras, são fatores predisponentes à obesidade e a uma série de doenças características das sociedades ditas desenvolvidas, também conhecidas como sendo doenças crónicas não

transmissíveis. Estas doenças que se identificam nas doenças cardiovasculares, cancerígenas, na patologia respiratória crónica, na diabetes mellitus, nas doenças osteo-articulares e nas perturbações da saúde mental, como a depressão pela baixa de autoestima, foram referidas pela Direção Geral de Saúde (2002) como a principal causa de morbilidade e mortalidade sendo as principais responsáveis por situações de incapacidade e perda de qualidade de vida.

A Organização Mundial de Saúde (2008) estimou que cerca de 1,9 milhões de mortes a nível mundial estejam relacionadas com o “sedentarismo” - um dos maiores fatores de risco para as doenças crónicas.

Apesar de o movimento constituir um aspeto essencial da vida da maioria das espécies animais, tornou-se, ao longo da evolução, uma componente menos crítica da vida diária dos seres humanos devido aos avanços tecnológicos. Embora este desenvolvimento tenha contribuído para uma melhoria da qualidade de vida, desencadeou também um número considerável de doenças hipocinéticas (Livro Verde da Atividade Física, 2011, p.13).

Está provado que um estilo de vida sedentário constitui um fator de risco para o desenvolvimento de diversas doenças crónicas, incluindo doenças cardiovasculares, uma das principais causas de morte no mundo ocidental (DGS, 2009).

O sedentarismo aumenta a morbilidade e a mortalidade e reduz a qualidade e o tempo de vida. Este está a ocupar grande parte do tempo das pessoas e daí as consequências na saúde serem tão significativas (DGS, 2002).

À medida que nos tornamos adultos as oportunidades para se ser fisicamente ativo tendem a diminuir, e as mudanças recentes nos estilos de vida têm vindo a reforçar este fenómeno. Devido às grandes invenções dos últimos tempos, tem-se verificado uma diminuição acentuada na quantidade de esforço físico dispensado para a execução das tarefas diárias, para nos deslocarmos de um ponto a outro (automóvel, autocarro), e até mesmo para chegar junto das atividades de entretenimento (incluindo as que compreendem uma componente de atividade física). Segundo a DGS (2009), de acordo com os dados disponíveis, entre 40% e 60% da população da UE tem um estilo de vida sedentário.

No Brasil, em 2006, Dartagnan *et alii* (*cit in* Elias, 2014) verificaram que os adolescentes com níveis insuficientes de atividade física tinham mais 80 a 91% de hipóteses de se tornarem hipertensos comparativamente com os seus pares mais ativos.

Dados fornecidos pela DGS (2002) indicam que, no mundo inteiro, mais de 60% dos adultos não efetuam os níveis suficientes de atividade física considerados benéficos para a saúde. O sedentarismo é mais prevalente nas mulheres, idosos, indivíduos de grupos socioeconómicos baixos e indivíduos com incapacidades.

iii. Determinantes da Atividade Física

À medida que o tempo decorre, os indivíduos passam por diversas fases da vida em que demonstram diferentes níveis de atividade física, determinados por diversos fatores.

De acordo com Sherwood e Jeffery (*cit in* Rodrigues, 2012, p.28), como determinantes da atividade física, existem duas categorias capazes de influenciar os padrões de atividade física: as características individuais (motivações, autoeficácia, habilidades motoras e outros comportamentos de saúde) e as características ambientais (acesso ao trabalho ou espaços de lazer, custos, barreiras de disponibilidade temporal e suporte sociocultural).

Contudo, complementando os autores acima referidos, Camões e Lopes (*cit in* Rodrigues, 2012, p.28) acrescentam ainda como determinantes de um estilo de vida sedentário, as características sociodemográficas como sexo, idade, escolaridade, ocupação e estado civil.

Para Sallis e Owen (*cit in* Rodrigues, 2012, p.29), as determinantes são variáveis que se relacionam com a atividade física podendo exercer um efeito causal. Estas surgem, normalmente, agrupadas em diferentes categorias de variáveis, nomeadamente variáveis biológicas, psicológicas, comportamentais, sociais e ambientais.

- Variáveis biológicas e demográficas

Segundo Sallis e Owen (*cit in* Martins, 2000, p.53), o género, idade, etnia, escolaridade, profissão, classe económica, características familiares e estado civil são as características biológicas mais citadas.

Constata-se que com o avançar da idade existe uma tendência para a diminuição da quantidade e intensidade da prática de atividade física. No entanto, outros resultados apontam, também, para um maior número de praticantes do género masculino relativamente ao feminino (Sallis e Owen *cit in* Martins, 2000, p.53).

A etnia mostra ser um fator importante nos estudos norte-americanos, no entanto, este parece ser um fator específico de cada nação, e talvez mais implícito nos fatores

socioculturais e económicos do que em biológicos (Sallis e Owen *cit in* Martins, 2000, p.54).

Relativamente às características familiares e ao estado civil, Martins (2000, p.54) refere que estas se relacionam com a falta de tempo e de suporte social, bem como com os recursos materiais e financeiros disponíveis tanto para a realização da atividade em si, como para a viabilização da prática (transporte, adesão a programas de AF, aquisição de bens materiais).

- Variáveis psicológicas e comportamentais

Segundo Marcus (*cit in* Martins, 2000, p.54) as variáveis psicológicas incluem todos os fatores determinados por perceções, crenças e processos internos de julgamento de valor. A autoeficácia tem sido o fator determinante mais investigado, sendo também referenciados o sentimento de prazer com a AF, a intenção de praticar, o equilíbrio decisório e a prontidão para mudança.

A autoeficácia mostra uma ligação relacional com a adesão à AF, tanto em programas de AF estruturados como domésticos (Marcus *cit in* Martins, 2000, p.54). Para o mesmo autor, a falta de prazer com a prática de AF é uma barreira forte, especialmente para idosos, crianças e obesos.

A prontidão para a mudança pode determinar não só a regularidade da prática, como a intensidade da AF escolhida (Marcus *cit in* Martins, 2000, p.54).

- Variáveis ambientais/espaciais

Determinantes de natureza ambiental podem ser relativos ao ambiente sociocultural ou ao ambiente físico. De maneira geral, os determinantes socioculturais fazem-se presentes através do suporte social prestado através do incentivo e reforço voltados para a prática de AF. Aqui incluem-se o suporte da família, de amigos, da comunidade, e de quaisquer estruturas socialmente organizadas. Determinantes relacionados com o ambiente físico estão evidenciados na acessibilidade, estética, segurança, conforto, variedade e qualidade de recursos disponíveis (equipamentos, espaços, materiais diversos) (Sallis e Owen *cit in* Martins, 2000, p.55).

De acordo com o Livro Verde da Atividade Física (2011), a maior barreira social para a prática de AF é a época em que vivemos, pois a evolução tecnológica (industrialização e

facilitação das tarefas diárias), os altos índices de criminalidade, a urbanização desorganizada e a reduzida oferta de programas comunitários levam a um dia-a-dia pouco ativo, no qual há pouca oportunidade de praticar AF.

iv. Orientações para a Prática de Atividade Física

Algumas recomendações da OMS são dirigidas a toda a população, enquanto outras se destinam a grupos etários específicos. Os documentos relativos às orientações da OMS centram-se na atividade física, enquanto ferramenta, para a prevenção primária orientada para as populações baseando-se nas mais recentes evidências científicas.

Todas as pessoas devem evitar a inatividade, uma vez que alguma atividade física é melhor do que nenhuma. No entanto, para a WHO (2012) ser suficientemente ativo, na idade adulta, significa acumular pelo menos 150 minutos por semana de atividade física de intensidade moderada (30 minutos por dia, 5 dias por semana), ou 60-75 minutos por semana de atividade aeróbia de intensidade vigorosa (20 a 25 minutos por dia, 3 dias por semana), ou alguma combinação equivalente de atividade aeróbia moderada e vigorosa. A atividade não tem de ser realizada de forma contínua, mas pode ser fracionada em períodos de pelo menos 10 minutos e praticada preferencialmente ao longo da semana.

As recomendações do CDC (2015) são ainda mais específicas afirmando que para obter benefícios na saúde é necessário praticar dois tipos de atividade física por semana, sendo elas, atividade aeróbia e fortalecimento muscular. Assim, refere que um adulto precisa de praticar, pelo menos, um dos exemplos seguintes:

- 2 Horas e 30 minutos (150 minutos) de atividade aeróbia de intensidade moderada (por exemplo, andar a pé) todas as semanas e exercícios de musculação em dois ou mais dias por semana que trabalhem todos os principais grupos musculares (pernas, quadris, costas, abdómen, peito, ombros e braços);
- 1 Hora e 15 minutos (75 minutos) de atividade aeróbia de intensidade vigorosa (por exemplo, corrida) a cada semana e atividades de fortalecimento muscular em 2 ou mais dias por semana que trabalhem todos os principais grupos musculares (pernas, quadris, costas, abdómen, peito, ombros e braços);
- Uma combinação equivalente de atividade aeróbia de intensidade moderada e vigorosa e atividades de fortalecimento muscular em 2 ou mais dias por semana

que trabalhem todos os principais grupos musculares (pernas, quadris, costas, abdômen, peito, ombros e braços).

Podem ser obtidos benefícios adicionais com aumentos da atividade física aeróbia moderada para 300 minutos por semana (60 minutos por dia, 5 dias por semana), ou vigorosa para 120-150 minutos por semana (40 a 50 minutos por dia, 3 dias por semana), ou uma combinação equivalente de atividades de intensidade moderada e vigorosa. As práticas com uma quantidade superior proporcionam benefícios de saúde ainda maiores, por isso, os adultos devem ainda praticar exercícios de força de intensidade moderada a elevada que envolvam grandes grupos musculares, 2 a 3 vezes por semana (WHO, 2012).

v. Impacto da Prática de Atividade Física na Saúde do Adulto

Em consequência da atividade física regular, o corpo humano passa por alterações morfológicas e funcionais, que podem evitar ou adiar o surgimento de determinadas doenças e melhorar a capacidade para o esforço físico.

Alguns autores referem que o nível de atividade física de um indivíduo influencia diretamente a sua composição corporal, sendo que, a prática constante de exercícios físicos é capaz de diminuir a quantidade de gordura corporal e aumentar ou preservar a massa livre de gordura constituída pela massa muscular, óssea e residual (Rezende *et alii cit in* Elias, 2014, p.14). Uma participação constante e adequada em atividades físicas coincide com valores mais saudáveis de massa gorda e de massa muscular (Santos *cit in* Elias, 2014, p.14).

A DGS (2009) afirma que as pessoas que têm uma vida fisicamente ativa podem obter um conjunto de benefícios para a saúde, incluindo os seguintes:

- Redução do risco de doença cardiovascular;
- Prevenção/ atraso no desenvolvimento de hipertensão arterial, e maior controlo da tensão arterial em indivíduos que sofrem de tensão arterial elevada;
- Bom funcionamento cardiopulmonar;
- Controlo das funções metabólicas e baixa incidência da diabetes tipo 2;
- Maior consumo de gorduras, o que pode ajudar a controlar o peso e diminuir o risco de obesidade;
- Diminuição do risco de incidência de alguns tipos de cancro, nomeadamente dos cancros da mama, da próstata e do cólon;

- Maior mineralização dos ossos em idades jovens, contribuindo para a prevenção da osteoporose e de fraturas em idades mais avançadas;
- Melhor digestão e regulação do trânsito intestinal;
- Manutenção e melhoria da força e da resistência musculares, resultando na melhoria da capacidade funcional para levar a cabo as atividades do dia-a-dia;
- Manutenção das funções motoras, incluindo a força e o equilíbrio;
- Manutenção das funções cognitivas, diminuição do risco de depressão e demência;
- Diminuição dos níveis de stress e melhoria da qualidade do sono;
- Melhoria da autoimagem, da autoestima, e aumento do entusiasmo e otimismo;
- Diminuição do absentismo laboral (baixas por doença);
- Em adultos de idade mais avançada, menos risco de queda e prevenção, ou retardamento de doenças crónicas associadas ao envelhecimento.

A prática regular de exercícios físicos promove um bem-estar fisiológico (controle da glicose, melhor qualidade do sono, melhoria da capacidade física relacionada à saúde); um bem-estar psicológico (relaxamento, redução dos níveis de ansiedade e stresse, melhora do estado de espírito, melhoras cognitivas) e social (indivíduos mais seguros, melhoria da integração social e cultural, a integração na comunidade, rede social e cultural ampliadas, além da redução ou prevenção de algumas patologias como osteoporose e desvios de postura (Nahas *cit in* Argento, 2010, p.19).

Além dos benefícios já mencionados, a prática de atividade física, apresenta um efeito favorável sobre o aumento do consumo de oxigénio, melhoria do controle glicémico, melhoria de queixas dolorosas, aumento da taxa metabólica basal, decréscimo no trânsito gastrintestinal, melhora do perfil lipídico, incremento da massa magra, melhoria da sensibilidade à insulina, melhoria do equilíbrio e da marcha, diminuindo o risco de quedas e fraturas (Raso *cit in* Argento, 2010, p.20).

Existem evidências de que uma pessoa que aumente o seu nível de atividade física, mesmo após longos períodos de inatividade, pode obter benefícios para a saúde independentemente da sua idade, elevando de forma significativa a sua qualidade de vida. Nunca é demasiado tarde para começar (DGS, 2009).

vi. Qualidade de Vida

Com o passar dos anos, verifica-se que a esperança média de vida da população aumenta, o que implica que as doenças se tornem cada vez mais crónicas e aumentem a procura de cuidados de saúde. Em consequência o papel da tecnológica na prestação de cuidados de saúde é cada vez mais exigente (Becker, 2013).

Na última década houve um aumento exponencial de estudos que envolviam a variável QV. No entanto, mesmo com o crescente interesse da sociedade científica e a grande quantidade de estudos publicados, verifica-se que ainda não há uma definição consensual entre os investigadores de diversas áreas. Porém, cada vez estamos mais próximos de um consenso entre as diversas opiniões e as diferentes áreas de conhecimento, a fim de consolidar o termo “qualidade de vida” (Becker, 2013, p.47).

Para a WHO (1997):

Qualidade de vida é uma perceção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem e relacionada com os seus objetivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito amplo, subjetivo, que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiente.

A QV corresponde a um conceito mais abrangente e explicativo das componentes subjetivas e idiossincráticas da doença, numa tentativa de encontrar uma definição centrada no bem-estar global do sujeito (Pesta, Esteves e Conboy *cit in* Freire, 2012, p.33). O conceito de QV difundiu-se, segundo Ribeiro (*cit in* Freire, 2012, p.33), após o término da II Grande Guerra Mundial. O mesmo autor refere que, inicialmente, a QV era mencionada e estudada num contexto social e político, aludindo sobretudo às condições de trabalho e ao desenvolvimento económico (Freire, 2012, p.33).

Segundo Rodrigues (*cit in* Freire, 2012, p.33), com o decorrer do tempo, os indivíduos foram atribuindo menor importância aos fatores económicos, enquanto fatores determinantes do bem-estar da população, focando-se nas questões da doença, concretamente da doença crónica, no funcionamento físico e psicossocial dos doentes. Para o mesmo autor, a QV mantém-se como objetivo prioritário dos serviços de saúde paralelamente à prevenção de doenças e efetivação da cura e alívio dos sintomas ou prolongamento da sobrevida (Freire, 2012, p.33).

Este conceito, embora não seja equivalente, relaciona-se com os conceitos de saúde e de bem-estar. Representa a percepção individual sobre a posição de vida onde os aspetos culturais e as particularidades do meio ambiente biológico, social e cultural contribuem de modo decisivo (Ribeiro *cit in* Freire, 2012, p.33).

Segundo Costa (*cit in* Becker, 2013, p.50), a QV nos tempos atuais passou a ser um “conjunto de equilíbrio harmonioso”, onde representa a busca da felicidade e satisfação pessoal em vários aspetos da vida, abrangendo as dimensões profissionais, fisiológicas, espirituais e emocionais. Estas são reguladas conforme as expectativas e experiências socioculturais vivenciadas pelo sujeito.

Assim Becker (2013, p.51) entende que, de maneira geral, a qualidade de vida é um conceito multidimensional, subjetivo e condicionado ao tempo, uma vez que as aspirações e percepções, do mesmo sujeito, podem variar ao longo da vida.

Segundo Conde *et alii* (*cit in* Freire, 2012, p.33), apesar da multiplicidade de definições existentes na vasta bibliografia, parece que este conceito envolve componentes subjetivas (funcionalidade, competência cognitiva e interação com o meio); sentimentos da satisfação e percepção da saúde, englobando características como a percepção pessoal, os aspetos físicos, psicológicos e sociais, as estratégias de coping utilizadas (Ribeiro *cit in* Freire, 2012, p.33), bem como outras dimensões incluindo a religiosidade e as relações com o meio ambiente (Pestana *et alii cit in* Freire, 2012, p.33). Ribeiro (*cit in* Freire, 2012, p.33) salienta ainda que parece igualmente unânime que o conceito de QV seja dinâmico, pois altera-se ao longo do tempo e de acordo com as situações vivenciadas.

Segundo Mazo (*cit in* Silva, 2011, p.30), uma boa qualidade de vida, relacionada com a saúde, obedece a vários fatores, nomeadamente uma boa saúde física e mental, a satisfação com a vida; um controle cognitivo; uma competência social; a eficácia cognitiva; a continuidade de papéis familiares e ocupacionais; as relações interpessoais; a autonomia e independência; um estilo de vida ativo.

Como já foi mencionado, o termo QV tem uma abordagem multidimensional e o seu conceito é subjetivo. Apesar de possuir muitas definições, é sabido que tem o intuito de avaliar o efeito de determinados acontecimentos e aquisições na vida das pessoas. Entre eles, estão incluídas as condições de saúde física, funções cognitivas, satisfação sexual, atividades do quotidiano, bem-estar emocional e a vida familiar e social (Pestana *et alii cit in* Freire, 2012, p.34). Para os mesmos autores, quando esses acontecimentos se

relacionam com a saúde, baseiam-se em dados mais objetivos e mensuráveis respeitantes ao grau de limitação e desconforto que a doença ou a sua terapêutica acarretam ao doente e à sua vida, isto é, o quanto o adoecer altera a QV (Freire, 2012, p.34).

Vários autores referem a perceção do estado de saúde como um dos fatores mais importantes para uma vida com qualidade (Mazo *et alii cit in* Silva, 2011, p.29).

Santos e Oliveira (*cit in* Silva, 2011, p.30), consideram a qualidade de vida um conceito ligado ao próprio desenvolvimento humano, não significando que o indivíduo tenha apenas saúde física ou mental, mas que ele viva bem consigo mesmo, com a vida e com as pessoas que o rodeiam. Ter qualidade de vida é estar em equilíbrio pessoal e grupal.

Mazo (*cit in* Silva, 2011, p.29) revela que muitos investigadores não definem o conceito de qualidade de vida, mas operacionalizam-no em termos de medida de saúde ou de estado funcional, sendo assim, a expressão mais adequada é a “Health related Quality of life”, ou seja, qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS), em vez de simplesmente usar o termo qualidade de vida.

Mota *et alii* (*cit in* Silva, 2011, p.30), salientam que apesar de a QVRS ser um conceito mais específico do que simplesmente qualidade de vida, ressaltam que deve abranger um grande número de domínios importantes para a vida do sujeito, compreendendo um carácter multidimensional, dependente da integração da saúde física, bem-estar psicológico, satisfação social e pessoal.

Dias (*cit in* Silva, 2011, p.29) enfatiza que o conceito de QVRS, sendo mais justo do que o de QV geral, é aplicado muitas vezes como sinónimo de estado de saúde, estado funcional ou apenas qualidade de vida.

A atividade física, e em especial um estilo de vida ativo regular, podem diminuir a velocidade de declínio da mobilidade independentemente da presença de doença crónica.

Efetivamente, a qualidade de vida do indivíduo deve ser entendida como um conceito que é influenciado por todas as dimensões da vida e não deve estar limitado à existência ou não de morbilidades. Contudo, diante do impacto que o conceito de saúde pode ter na vida das pessoas, compreende-se que são necessários indicadores mais precisos, que possam nortear esta questão.

A atividade física regular e a adoção de um estilo de vida ativo são necessários para a promoção da saúde e qualidade de vida durante o processo de envelhecimento. A AF

regular contribui na prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis, especialmente aquelas que se constituem na principal causa de mortalidade: as doenças cardiovasculares. A atividade física está associada também com uma melhor mobilidade, capacidade funcional e qualidade de vida durante todo o processo de envelhecimento. É importante enfatizar, no entanto, que tão importante quanto estimular a prática regular da atividade física aeróbica ou de fortalecimento muscular, as mudanças para a adoção de um estilo de vida ativo no dia-a-dia do indivíduo são parte fundamental de um envelhecer com saúde e qualidade.

Perante a avaliação de qualidade de vida torna-se fundamental determinar aquilo que é importante para o indivíduo, especialmente quando o instrumento é para uso em diferentes culturas. Neste contexto, uma análise realizada pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS demonstrou que é possível desenvolver uma medida de qualidade de vida aplicável e válida em diversas culturas, organizando um projeto colaborativo em 15 centros, cujo resultado foi a elaboração do World Health Organization Quality of Life-100 (WHOQOL-100) (Kluthcovsky *cit in* Becker, 2013).

3. Objetivos de investigação

Os objetivos da investigação encontram-se divididos em objetivo geral e objetivos específicos, obtendo cada um deles significados e funções diferentes.

O enunciado de um objetivo de investigação deve indicar de forma clara qual o fim que o investigador pretende. Nele, são especificadas as variáveis-chave, a população onde os dados serão recolhidos e o verbo de ação que serve para orientar a investigação (Fortin, 2009, p.160).

No que diz respeito aos objetivos de investigação, Ribeiro (2010, p.34) afirma que “(...) representam aquilo que o investigador se propõe fazer para responder à questão de investigação (...)”.

Para refletir sobre o propósito da presente investigação e de forma a responder às preocupações evidenciadas na temática em estudo definiu-se o seguinte objetivo geral: Conhecer o impacto da prática de atividade física na qualidade de vida dos adultos de Ponte de Lima.

Sendo posteriormente delineados os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer os níveis de atividade física dos adultos de Ponte de Lima;
- Conhecer a perceção dos adultos de Ponte de Lima relativamente à sua qualidade de vida;
- Identificar se a prática de atividade física tem impacto na qualidade de vida dos adultos de Ponte de Lima.

II. Fase Metodológica

A investigação é um processo estruturado, rigoroso e sistematizado cujo desígnio é produzir e validar conhecimento. Neste âmbito, está sempre inerente a necessidade de realizar um enquadramento teórico.

Quivy e Campenhoudt (2008), defendem que a fase metodológica corresponde a uma fase de construção, sendo que esta só pode ser efetuada a partir de um sistema concetual organizado, suscetível de exprimir a lógica que o investigador supõe estar na base do fenómeno.

Para Fortin (2009, p.53), esta fase consiste em definir os meios de realizar a investigação. Parafraseando ainda a mesma autora (2009, p.53) “É no decurso da fase metodológica que o investigador determina a sua maneira de proceder para obter respostas às questões de investigação”.

Por vezes, o próprio problema de investigação acaba por determinar qual o método a aplicar, contudo, o investigador que possua conhecimentos, adquire capacidades para tomar essa decisão (Hungler e Polit, 2007, p.37).

Na planificação desta investigação esteve subjacente a aplicação de um conjunto de procedimentos assentes em reflexões concetuais sólidas fundamentadas no conhecimento científico, que deram corpo a esta investigação sobre o “Impacto da Atividade Física na Qualidade de Vida do Adulto”. Por outro lado, teve como propósito contribuir para uma melhor compreensão sobre a relação entre a AF e a QV, permitindo aos profissionais da área da saúde atuar de forma mais eficiente na promoção da QV por meio da prática da AF. O presente estudo contribuirá, certamente, para o preenchimento de algumas lacunas, gerando novos conhecimentos e erguendo novas questões, mas ainda para colaborar na tomada de decisões que melhorem a QV das pessoas.

No decurso de toda a fase metodológica foi descrito o tipo de estudo, as variáveis e a sua caracterização, a população e a amostra, o instrumento de recolha de dados e as considerações éticas.

1. Desenho de investigação

Segundo Fortin (2009, p.214):

O desenho de investigação é um plano que permite responder às questões ou verificar hipóteses e que define mecanismos de controlo, tendo por objetivo minimizar os riscos de erro.

A mesma autora afirma ainda que, o desenho de investigação orienta o investigador na planificação e realização do estudo para que os objetivos sejam cumpridos (Fortin, 2009, p.214).

i. Tipo de estudo

Cada investigação acarreta decisões importantes para o seu desenvolvimento, que se relacionam com o tipo de investigação que se pretende realizar de forma a obter resposta às questões e objetivos delineados.

Segundo Fortin (2009), o tipo de estudo descreve a estrutura utilizada indo de encontro à questão de investigação, visando descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou verificar hipóteses de causalidade.

Para este estudo, optou-se pela metodologia descritiva-correlacional que tem como objetivo explorar relações entre variáveis e descrevê-las. Neste tipo de estudo, o investigador pode estar na presença de variáveis que podem ou não estar associadas entre si (Fortin, 2009, p.244). Referindo ainda a mesma autora (Fortin, 2009, p.244):

Nesta etapa do exame das relações entre variáveis, são as questões de investigação que guiam o estudo e não as hipóteses. Do mesmo modo, não há razão para variáveis dependentes e independentes, neste tipo de estudo.

O método de investigação utilizado foi o quantitativo. De uma forma geral, este método visa, sobretudo, explicar e predizer um fenómeno pela medida das variáveis e pela análise de dados numéricos (Fortin, 2009, p.27).

Do ponto de vista de Polit e Hungler (2004), a pesquisa quantitativa envolve a colheita sistemática de informação numérica, habitualmente mediante condições controladas, utilizando procedimentos estatísticos para a análise dessa informação.

Em relação à dimensão temporal, o estudo é transversal pois, segundo Fortin (2009, p.252), este serve para medir a frequência de um acontecimento ou de um problema numa população em dado momento.

ii. População alvo, amostra e processo de amostragem

Posteriormente à fase concetual o investigador deve definir a população e estabelecer os critérios de seleção da mesma, determinando a amostra e o seu tamanho (Fortin, 2009).

Fortin (2009, p.311) define população como um conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns. A população, objeto do estudo, é chamada de “população alvo”, esta é formada por um conjunto de pessoas que obedecem aos critérios de seleção definidos precocemente (Fortin, 2009, p.311).

Nesta investigação, a população em estudo foram os adultos do concelho de Ponte de Lima, indivíduos com idade entre os 18 e os 64 anos segundo a OMS, que fazem parte dos 43498 habitantes do concelho, segundo os dados do INE (2011).

Se considerarmos que para acedermos à população são precisos recursos, tempo, sendo esta de difícil acesso, geralmente criar-se-ia um subgrupo constituído por sujeitos acessíveis para o estudo nomeado de população acessível, “(...) a amostra é uma parcela convenientemente selecionada do universo” (Marconi e Lakatos, 1999, p.32), ou seja, um “(...) conjunto de sujeitos retirados de uma população” Fortin (2009, p.312).

Segundo Charles (*cit in* Coutinho, 2014, p.89), uma amostra é “um grupo de sujeitos ou objetos selecionados para representar a população inteira de onde provieram”.

Coutinho (2014, p.89) refere que “Amostra é um conjunto de sujeitos (pessoas, documentos, etc.) de quem se recolherá os dados e deve ter as mesmas características das da população de onde foi extraída.”

Com base nestas interpretações, a amostra selecionada para este estudo baseou-se no método não probabilístico onde, segundo Coutinho (2014, p.95), não é possível especificar a probabilidade de um sujeito pertencer a uma determinada população.

A amostragem é concebida como um processo pelo qual um grupo de pessoas ou uma porção da população (amostra) é escolhido de maneira a representar uma população inteira. Existem inúmeras técnicas de amostragem das quais o investigador pode escolher aquela que melhor se ajusta ao objetivo do estudo (Fortin, 2009, p.310).

Para Coutinho (2014, p.89), a amostragem é o processo no qual é feita a seleção dos indivíduos que participam no estudo.

Assim, o tipo de amostragem referente ao presente estudo denomina-se acidental, pois, é constituída por voluntários que se ofereceram para participar no estudo e que estavam num determinado lugar, naquele preciso momento (Coutinho, 2014, p.95).

Os critérios de inclusão tidos em consideração para definir a amostra foram:

- Ter idade compreendida entre os 18 e os 64 anos de idade;
- Residir no concelho de Ponte de Lima;
- Saber ler e escrever.

Nesta investigação, a amostra foi composta por 44 indivíduos adultos, de ambos os sexos, residentes no concelho de Ponte de Lima, que corresponderam aos critérios definidos e que se propuseram a fazer parte do estudo, respondendo ao questionário proposto pelo investigador, no dia 29 de Maio de 2017, no período das 9:30h às 12h e das 14:30h às 18h, no Largo de Camões, em Ponte de Lima.

É também importante referir que para a realização deste estudo foram utilizados recursos materiais, (papel e canetas), humanos (investigador, orientadora e inquiridos), de tempo (cronograma) e financeiros (não foram relevantes).

iii. Variáveis em estudo

Para Ribeiro (2010, p.36), as variáveis de investigação constituem um elemento central, pois, é à volta delas que se estrutura a investigação. Segundo o mesmo autor, “(...) variável é uma característica que varia, que se distribui por diferentes valores ou qualidades, ou que é de diferentes tipos, e é oposto a uma constante”.

Fortin (2009, p.171) afirma que “As variáveis são as unidades de base da investigação.”. A mesma autora caracteriza ainda as variáveis como sendo qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudança ou alteração no tempo (Fortin, 2009, p.171).

As variáveis adquirem valores que podem ser medidos, manipulados ou controlados, podendo ser classificadas, segundo o papel que exercem na investigação, como independentes, dependentes, de investigação, atributos e estranhas (Fortin, 2009, p.171).

“As variáveis atributo são características pré-existentes dos participantes num estudo.” (Fortin, 2009, p.172).

Assim, neste estudo as variáveis atributo referem-se ao género, idade, profissão, escolaridade e local de residência.

A variável independente é considerada a causa do efeito produzido na variável dependente. (Fortin, 2009, p.171). Neste estudo, a variável independente é a “Atividade Física” do indivíduo adulto.

Segundo Fortin (2009, p.48), “a variável dependente sofre o efeito da variável independente e produz um resultado.”. Deste modo, a variável dependente nesta investigação é a “Qualidade de Vida”.

iv. Instrumento de recolha de dados e pré-teste

Segundo Coutinho (2014, p.105), todo e qualquer plano de investigação implica uma recolha de dados originais por parte do investigador.

Um instrumento é algo que permite ao investigador “medir”, ou seja, “quantificar” o resultado do impacto de uma variável independente sobre uma variável dependente (Coutinho, 2014, p.110).

Para Fortin (2009, p.368):

O investigador deve questionar-se se o instrumento que ele pensa utilizar para recolher a informação junto dos participantes é o mais conveniente para responder às questões de investigação ou verificar as hipóteses.

Num estudo descritivo, de acordo com Fortin (2003, p.240), o investigador “descreve os fatores ou variáveis e deteta relações entre estas variáveis ou fatores”. Escolherá, por conseguinte, métodos de colheita de dados mais estruturados, tais como, o questionário, as observações e as entrevistas estruturadas ou semiestruturadas. Para a realização desta investigação, foi eleito o questionário como instrumento de recolha de dados.

Para proceder à recolha dos dados pode utilizar-se um questionário já existente ou criar-se um novo questionário por parte do investigador (Fortin, 2009, p.380). Para a mesma autora, na elaboração de um questionário, devem ser colocadas no início do mesmo as “(...) instruções claras sobre a forma de responder aos diferentes tipos de questões.” (Fortin, 2009, p.386). É importante ter em consideração o número de perguntas, o tipo de resposta a solicitar e a aparência geral do questionário, para não desmotivar o inquirido não suscitar nenhuma dúvida, durante o seu preenchimento.

O questionário a utilizar neste estudo (anexo I) está organizado em duas partes, nomeadamente:

Na parte inicial, encontra-se uma breve introdução que apresenta o tema em estudo, os objetivos e as notas explicativas sobre o preenchimento do questionário. Posteriormente, aborda-se a confidencialidade do estudo, bem como a importância da colaboração, de cada participante, na investigação.

A parte I do questionário integra perguntas fechadas e abertas que deram resposta às variáveis atributo. Formada por oito questões, correspondentes às variáveis demográficas, destinadas a caracterizar a amostra segundo: género, idade, profissão, escolaridade e local de residência.

Ainda nesta primeira parte do questionário, e de forma a dar resposta à nossa variável independente, utilizou-se um questionário já estruturado, denominado por IPAQ – Questionário Internacional da Atividade Física, na sua versão curta, constituído por 8 questões relativas à atividade física realizada numa semana normal.

Como meio auxiliar na interpretação e tratamento dos dados fornecidos pelo questionário, foram consultadas as orientações fornecidas nas Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – Short and Long Forms (2005) de onde foram retiradas as informações abaixo especificadas.

O IPAQ avalia a atividade física realizada através de um conjunto abrangente de domínios, sendo eles: trabalho, transporte, atividades domésticas e lazer. Determina também três níveis de atividade física denominados como, baixo, moderado e elevado, sendo que para cada nível são propostos alguns critérios.

O nível baixo caracteriza-se como sendo o menor nível de atividade física, e são classificados, desta forma, os indivíduos que não reúnem critérios de classificação de nível moderado e elevado.

Quanto ao nível moderado, será necessário que o indivíduo satisfaça um dos seguintes critérios:

- ≥ 3 dias/semana de atividade de intensidade vigorosa de pelo menos 20 minutos/dia;

- ≥ 5 dias/semana de atividade de intensidade moderada e/ou caminhada de pelo menos 30 minutos/dia;
- ≥ 5 dias/semana de qualquer combinação de atividades (caminhada + intensidade moderada + intensidade vigorosa) atingindo ≥ 600 MET-minutos/semana de atividade física total.

Os dois critérios para classificar os indivíduos em atividade física elevada são:

- ≥ 3 dias/semana de atividade de intensidade vigorosa alcançando um mínimo de atividade física total de ≥ 1500 MET-minutos/semana;
- 7 dias/semana de qualquer combinação de atividades (caminhada + intensidade moderada + intensidade vigorosa) atingindo um mínimo de atividade física total de ≥ 3000 MET-minutos/semana.

Na parte II do questionário, a qual estuda a variável dependente, constituída por perguntas fechadas, foi utilizado um questionário, também ele já estruturado, denominado por WHOQOL-Bref que permite avaliar a qualidade de vida dos indivíduos. Para ser utilizado neste estudo, foi necessário requerer autorização ao Grupo de Qualidade de Vida da OMS, via correio eletrónico, que se encontra no anexo II.

Como já foi referido anteriormente, o questionário WHOQOL-Bref é a versão abreviada do WHOQOL-100, desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS. Este questionário é composto por 26 questões, a primeira questão diz respeito à qualidade de vida de modo geral e a segunda à satisfação com a própria saúde. As outras 24 dividem-se nos domínios físico, psicológico, das relações sociais e meio ambiente, sendo um instrumento que pode ser utilizado tanto para populações saudáveis como para populações em situação de doença aguda ou crónica. Além do carácter transcultural, os instrumentos WHOQOL valorizam a perceção individual da pessoa, podendo também avaliar a qualidade de vida em diversos grupos e situações. As facetas identificadas no WHOQOL-BREF dividem-se em quatro domínios principais (domínio físico, domínio psicológico, relações sociais e meio ambiente) e ainda num domínio geral (idêntico à versão global) (Kluthcovsky *cit in* Becker, 2013).

No anexo III encontra uma tabela correspondente aos valores que cada participante atribuiu a cada uma das 26 questões que formavam esta parte de questionário. Relativamente ao tratamento desses dados, foi necessário recorrer a um documento (anexo IV) facultado pela Professora Doutora Maria Cristina Canavarro, integrante do

Grupo de Qualidade de Vida da OMS, que demonstrava a forma de tratamento dos dados fornecidos pelo questionário WHOQOL-Bref.

Neste estudo, o questionário foi entregue em mão e preenchido na presença da investigadora para que os participantes pudessem esclarecer alguma dúvida que surgisse durante o seu preenchimento.

Pré-teste

Com o intuito de verificar a validade, fidedignidade e operacionalidade do instrumento de pesquisa (questionário), e de modo a testar se é adequada a sua utilização como instrumento de pesquisa, deve ser aplicado um pré-teste.

De acordo com Fortin (2003), o pré-teste consiste no ensaio de um instrumento de medida ou de um determinado equipamento antes da sua utilização em maior escala.

Fortin (2009, p.386) descreve o pré-teste como “(...) a prova que consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida (entre 10 a 20 pessoas) da população alvo.”.

Segundo Lakatos e Marconi (2007, p.32), o “ (...) pré-teste pode ser aplicado mais de uma vez, tendo em vista o seu aprimoramento e o aumento da sua validade”.

Caso sejam feitas alterações importantes, impõe-se um segundo pré-teste (Fortin, 2009, p.386).

Neste estudo não houve necessidade de efetuar nenhum pré-teste porque os questionários utilizados, como instrumentos de recolha de dados, já tinham sido testados várias vezes em estudos anteriores.

v. Tratamento e apresentação dos dados

Numa investigação os dados reunidos precisam de ser organizados e analisados e, como na maioria das vezes tomam uma forma numérica, procede-se à sua análise estatística (Coutinho, 2014, p.151).

Black (*cit in* Coutinho, 2014, p.151) considera “(...) que a função da análise estatística é “... transformar os dados em informação” e é precisamente para isso que ela nos serve.”.

No imediato, e perante a aplicação do questionário à amostra estudada, surge então a necessidade de organizar, analisar e mostrar os dados obtidos através de um tratamento

estatístico. Para tal foi utilizado um software de estatística em voga nos nossos dias denominado Excel.

O investigador procura, em primeiro lugar, descrever os seus dados e, posteriormente, efetuar análises estatísticas para relacionar as suas variáveis, isto é, realiza análise de estatística descritiva, para cada uma das suas variáveis, e depois descreve a relação entre elas (Sampieri, 2006).

De acordo com Fortin (2009), utilizam-se técnicas estatísticas descritivas e inferenciais ou, segundo os casos análises de conteúdo, procedendo-se de seguida à sua análise, interpretação e posteriormente à comunicação dos resultados. Ainda segundo a mesma autora, o método selecionado para a análise dos dados deve ser congruente em relação aos objetivos e ao desenho do estudo.

Fortin (2003, p.277) refere ainda que:

A análise dos dados de qualquer estudo que comporte valores numéricos começa pela utilização de estatísticas descritivas que permitem descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos e descrever os valores obtidos pela medida das variáveis.

Para o tratamento de dados foi utilizada a estatística descritiva. Os resultados do tratamento dos dados foram apresentados sob a forma de gráficos e tabelas com a respetiva informação e análise associadas.

2. Salvaguarda dos princípios éticos

Segundo Fortin (2009, p.180), “Quaisquer que sejam os aspetos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos das pessoas.”.

Para Polit e Hungler (2004, p.129):

Quando se recorre a seres humanos como participantes nos estudos científicos, como ocorre na investigação científica em ciências da saúde, deve garantir-se a proteção dos direitos dessas pessoas.

Segundo Lo (*cit in* Hulley S. *et alli*, 2008, p.243), existem três princípios éticos orientadores das pesquisas com seres humanos, sendo eles:

- O princípio do respeito à pessoa - exige que o investigador obtenha consentimento informado, proteja aqueles participantes com capacidade decisória reduzida e mantenha a confidencialidade;

- O princípio da beneficência - impõe que o delineamento da pesquisa seja fundamentado cientificamente e que seja possível aceitar os riscos, considerando-se os prováveis benefícios;
- O princípio da justiça - requer que os benefícios e os encargos da pesquisa sejam distribuídos de forma justa e que o acesso seja equitativo aos benefícios da pesquisa.

Face ao exposto, os procedimentos éticos supracitados foram acautelados, uma vez que cada questionário possuía uma nota introdutória na qual foi veiculada a informação acerca do estudo e dos seus objetivos, garantindo a confidencialidade dos dados e o seu anonimato, bem como o caráter voluntário da participação no estudo.

III. Fase Empírica

A fase empírica corresponde, segundo Fortin (2009, p.56), à colheita de dados no terreno, à sua organização e à sua análise estatística. É no seu decorrer que o investigador põe em prática o plano elaborado na fase precedente. Assim, de modo a proceder à sua organização e tratamento estatístico recorreu-se, como já foi referido anteriormente, ao programa Microsoft Office Excel 2013 para posteriormente dar resposta às questões delineadas na fase inicial da investigação.

No mesmo sentido, Polit e Hungler (2004, p.54) defendem que esta fase inclui a apresentação dos dados, a sua análise e respetiva interpretação.

Relativamente ao tipo de estudo presente nesta investigação, Fortin (2009, p.480) refere ainda que:

Na interpretação dos resultados, o investigador deve somente descrever as relações entre as variáveis e não se preocupar a fazer predições nem estabelecer relações de causalidade.

Após a colheita de dados, efetuou-se uma primeira análise a todos os questionários, com intuito de eleger aqueles que porventura se encontrassem incompletos ou mal preenchidos, tendo-se seguidamente processado à sua codificação de modo a preparar o seu tratamento estatístico.

Como foi referido anteriormente, na análise dos dados, recorreu-se à estatística descritiva. Em relação a esta foram determinadas frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização, como o cálculo de médias, de acordo com as características das variáveis em estudo.

Perante estas considerações, inicia-se o capítulo seguinte com a apresentação e análise dos resultados.

1. Apresentação, análise e interpretação dos dados

Após a recolha dos dados, é necessário organizá-los tendo em vista a sua análise (Fortin, 2009, p.57). Para a mesma autora (Fortin, 2009, p.495), “É conveniente apresentar os resultados da análise dos dados em quadros e figuras, porque estes dão uma informação clara e concisa.”.

Relativamente à apresentação dos resultados obtidos, Fortin (2009, p.495) defende ainda que deve ser feita inicialmente uma descrição da amostra, referindo o número de participantes e as suas características sociodemográficas (género, idade, situação profissional, escolaridade, estado civil e situação atual de doença).

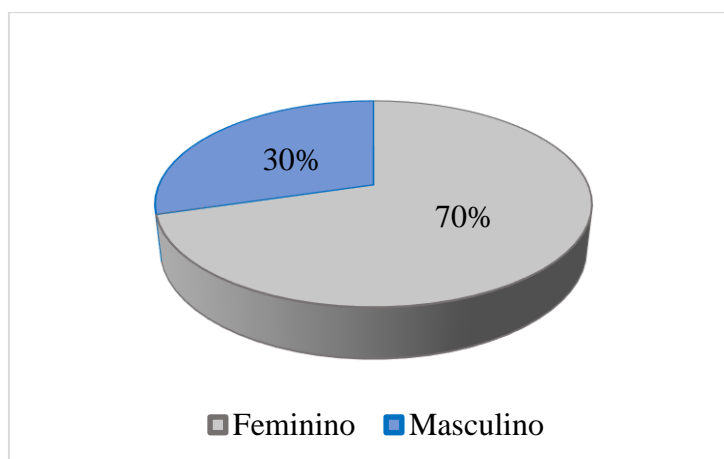


Gráfico n° 1 – Distribuição por Género

Tendo em conta que a amostra deste estudo era formada por 44 indivíduos, verifica-se através do gráfico acima apresentado que 70% constituíam o género feminino e 30% o género masculino, correspondendo assim a 31 mulheres e 13 homens respetivamente.

Estes resultados estão em conformidade com o facto de a população residente em Ponte de Lima ter um maior número de pessoas do sexo feminino, 22.995, do que do sexo masculino, 20.503 indivíduos (PORDATA, 2011).

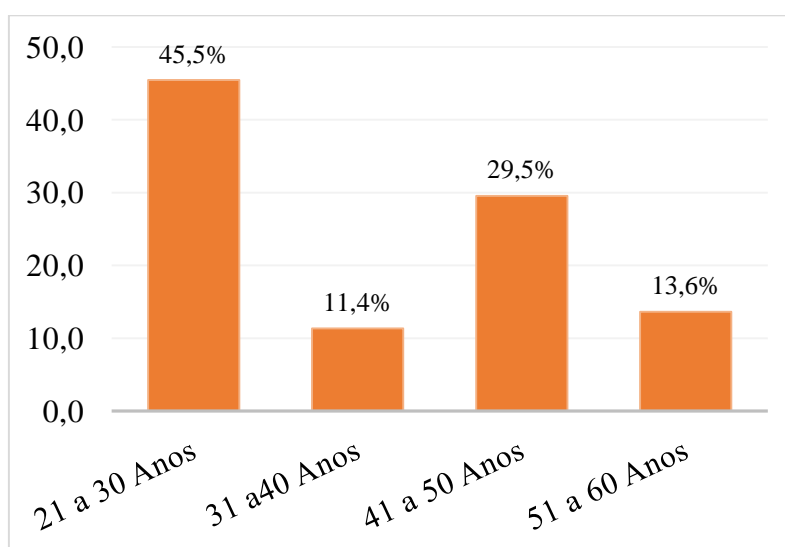


Gráfico n° 2 – Distribuição por Grupo Etário

Tal como foi referido na fase metodológica, um dos critérios de inclusão necessários para integrar a amostra era os participantes terem idade compreendida entre os 18 e os 64 anos de idade. Dada a existência de uma variedade muito grande de idades foram criados os intervalos visíveis no gráfico acima apresentado com o intuito de facilitar a leitura e a apresentação dos resultados. Com isto, pode verificar-se, através do gráfico nº2, que a maioria dos participantes (20 pessoas) apresentavam idades entre os 21 e os 30 anos, correspondendo a 45,5% da amostra.

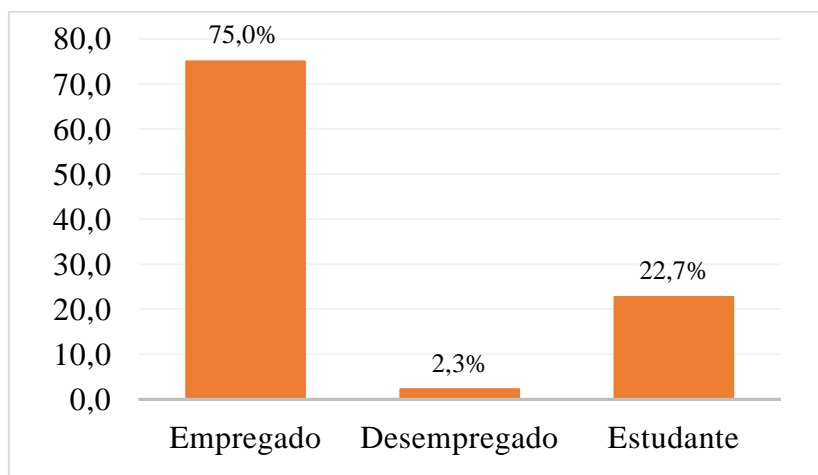


Gráfico nº 3 – Situação Profissional

O gráfico nº3 indica a situação profissional dos indivíduos no momento em que os dados foram colhidos. Constatou-se então que 75% dos participantes, 33 pessoas, estavam empregadas, 22,7%, que corresponde a 10 pessoas, eram estudantes e apenas 1 pessoa correspondente a 2,3% se encontrava desempregada.

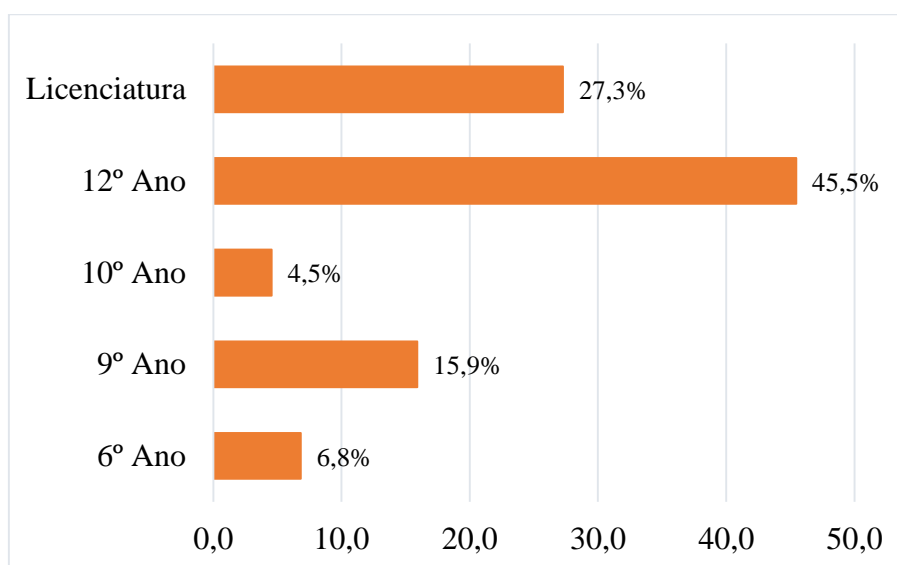


Gráfico nº 4 – Distribuição por Escolaridade

Considerando o gráfico acima representado, relativo ao nível de escolaridade dos intervenientes no estudo, verifica-se que a maior parte dos indivíduos, correspondente a 45,5% (20 pessoas), possuíam o 12º ano; 27,3% (12 pessoas) obtiveram uma licenciatura; 15,9% (7 pessoas) apresentavam o 9º ano; 6,8% (3 pessoas) tinham o 6º ano e 4,5% (2 pessoas) detinham o 10º ano.

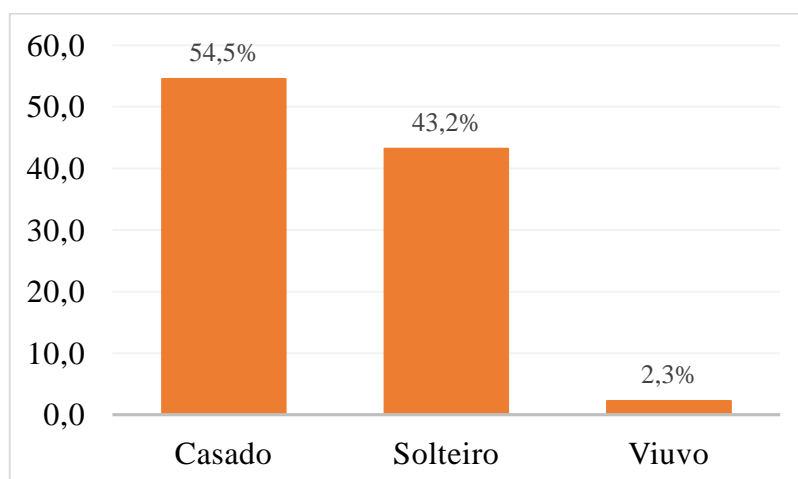


Gráfico nº 5 – Estado Civil

O gráfico nº5 faz referência ao estado civil dos participantes e permite concluir que: 24 dos indivíduos eram casados (54,5%), 19 solteiros (43,2%) e apenas uma pessoa viúva (2,3%).

Estes resultados estão em concordância com os dados fornecidos pelo PORDATA (2011) onde a maior parte da população se encontrava casada (22.242 habitantes), existindo 17.103 pessoas solteiras e 3.109 viúvas.

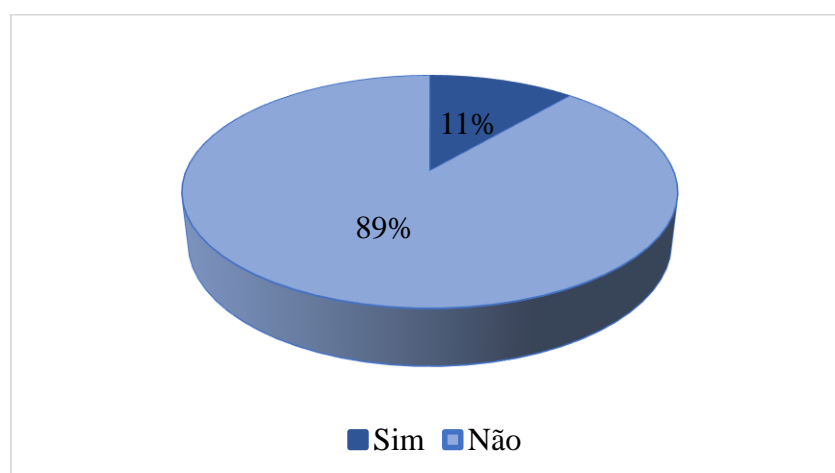


Gráfico nº 6 – Situação Atual de Doença

O gráfico supracitado refere-se ao estado de saúde das pessoas no momento em que foi aplicado o questionário, revelando que 89% da amostra, 39 pessoas, não se encontravam doentes e 11%, 5 pessoas, referiram estar doentes.

De seguida, apresentam-se os resultados da análise dos dados que dão conta da relação entre as variáveis do estudo: Atividade Física e Qualidade de Vida.

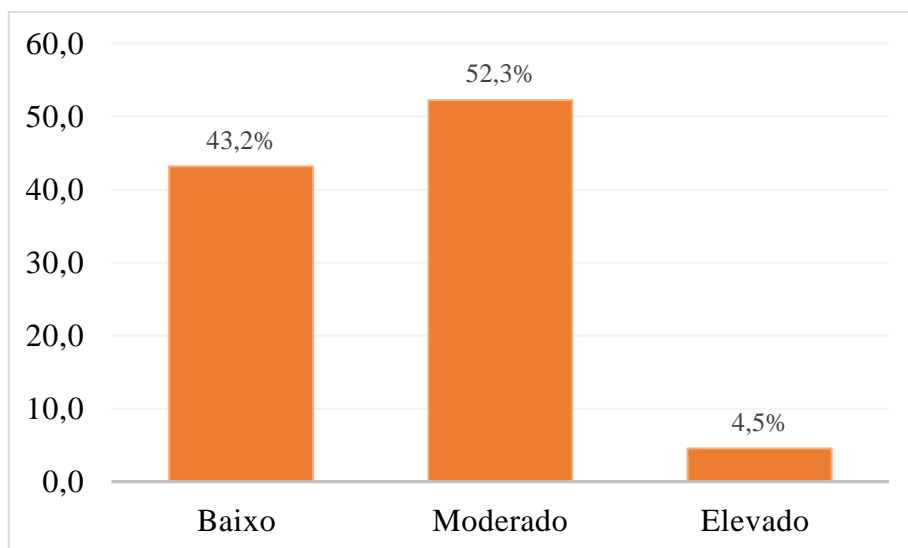


Gráfico nº 7 – Classificação do Nível de AF dos Adultos

Os resultados da investigação mostram, através do gráfico nº7, que a maioria dos adultos, isto é, 52,3% (23 pessoas), se encontrava num nível de atividade física moderado, enquanto 43,2 % (19 pessoas) ficaram classificados no nível baixo e apenas 4,5% (2 pessoas) no nível elevado.

Um estudo realizado em Brasília numa amostra de 469 adultos (Thomaz, P. *et alli*, 2010) e que utilizou como instrumento de cálculo da AF dos adultos o questionário IPAQ, demonstrou que a maioria dos participantes (35%) foram considerados ativos quanto à prática semanal de atividade física.

Estes resultados vão ao encontro dos resultados obtidos neste estudo que demonstram que a maior parte dos participantes pratica atividade física a um nível moderado. O mesmo estudo (Thomaz, P. *et alli*, 2010), encontra-se também em concordância com o presente, relativamente ao reduzido número de indivíduos com um nível de AF elevado, visto que, apenas 17% se encontra assim classificado.

Rodrigues, N. (2012) refere na sua investigação que diversos estudos experimentais sugerem que a prática de AF de intensidade moderada atua na redução de taxas de

mortalidade e de risco de desenvolvimento de doenças degenerativas como as doenças cardiovasculares, hipertensão, osteoporose, diabetes, doenças respiratórias, entre outras.

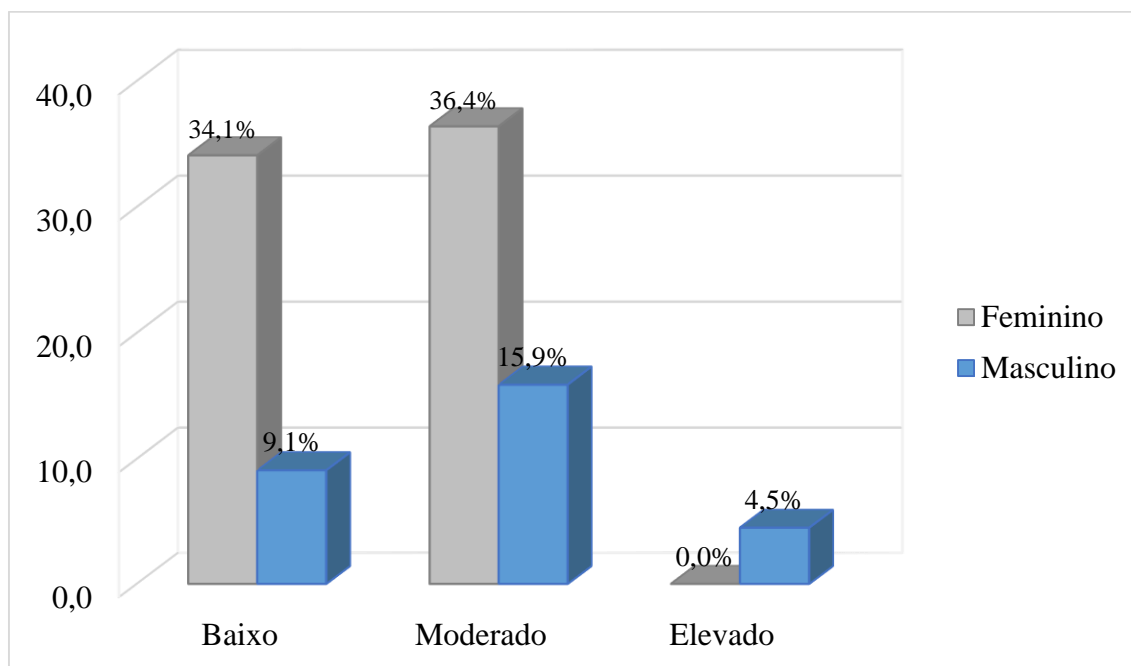


Gráfico nº 8 – Classificação do Nível de AF por Género

No que corresponde ao nível de atividade física por género, denota-se um maior destaque por parte do sexo feminino nos níveis de AF baixa e moderada, com 34,1% e 36,4% respetivamente, e maior destaque do sexo masculino no nível de AF elevado, com uma percentagem de 4,5%.

Estes resultados estão em concordância com os resultados obtido por Thomaz, P. *et alli* (2010) que demonstram que os homens realizam mais atividades vigorosas do tipo correr, nadar, pedalar, enquanto as mulheres realizam com mais frequência caminhadas e atividades domésticas.

O mesmo não se verifica na investigação feita por Rodrigues, N. (2012) numa amostra de 183 estudante da Universidade de Algarve, onde verificou que a maioria dos participantes do género feminino pratica AF de nível baixo, ao contrário do género masculino que ficou classificado no nível moderado em relação à prática de atividade física regular.

Relativamente aos dados fornecidos pela segunda parte do questionário, que avaliavam a QV dos participantes, foi construída a tabela abaixo apresentada onde são exibidas as médias relativas a cada domínio.

| | Médias | | | | |
|-------------|----------------|---------------------|------------------------------|---------------------|--------------|
| Nível de AF | Domínio Físico | Domínio Psicológico | Domínio das Relações Sociais | Domínio do Ambiente | Faceta Geral |
| Baixo | 71,61 | 71,02 | 77,19 | 64,47 | 70,39 |
| Moderado | 84,32 | 83,71 | 81,52 | 76,90 | 83,70 |
| Elevado | 85,71 | 87,5 | 83,33 | 65,63 | 75 |

Tabela nº 1 – Valor das médias dos diferentes domínios

Após a análise dos resultados da tabela nº1 verifica-se que, no domínio físico, psicológico e das relações sociais, os indivíduos com um nível de AF elevado manifestam uma melhor percepção da sua QV. No entanto, no que se refere ao domínio do ambiente e à faceta geral, observa-se que as pessoas com um nível de AF moderado apresentam uma percepção superior da sua QV.

Os resultados acima referidos vão ao encontro dos resultados de um estudo realizado na Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra (Luz, T., 2015). Pois, numa amostra de 198 jovens adultos, onde a investigadora, apesar de ter utilizado questionários diferentes dos utilizados nesta investigação, verificou uma associação entre os domínios da qualidade de vida e a prática de atividade física.

Ferreira, J., Diettrich, S. e Pedro, D. (2015) numa investigação feita a um grupo de 90 indivíduos com mais de 40 anos de idade constataram que a prática de AF pode influenciar o aumento da QV das pessoas, ao contrário daquelas que não praticam.

2. Conclusões do estudo

Estudos epidemiológicos têm vindo a demonstrar alguma associação entre um estilo de vida ativo e uma melhor qualidade de vida.

O presente estudo identificou que a maior parte dos adultos são considerados ativos em relação à prática semanal de atividade física.

Contudo, verificou-se que o género masculino manifesta maior tendência para praticar atividade de nível elevado ao contrário do género feminino que apesar de apresentar uma percentagem significativa, em relação à prática de AF de nível moderado, ainda apresenta valores preocupantes relativamente à prática de AF de nível baixo.

Em relação às variáveis atividade física e qualidade de vida, verificou-se que no domínio físico, psicológico e das relações sociais, os indivíduos com um nível de AF elevado têm uma percepção elevada da sua QV.

No entanto, no que se refere ao domínio do ambiente e à faceta geral, observou-se que as pessoas com um nível de AF moderado apresentam uma percepção da sua QV superior relativamente às pessoas que têm um nível de AF baixo e elevado.

Ainda relativamente às variáveis AF e QV os valores obtidos nesta investigação denotam uma relação positiva entre a prática de atividade física e a qualidade de vida em geral. Por tal razão, conclui-se que a prática de atividade física apresenta um impacto positivo na qualidade de vida do adulto residente em Ponte de Lima.

Estes resultados são concordantes com um estudo realizado por Pucci *et alli* (2012), objetivando identificar a associação entre AF e QV em adultos, o qual verificou que as pesquisas levantadas apontaram uma relação positiva entre a prática de atividade física e os diferentes domínios que compõem a qualidade de vida.

Conclusão

A Investigação Científica é uma atividade de procura de conhecimentos que, por um lado, visa conhecer e compreender melhor a realidade e, por outro, é essencial para o progresso do mundo e desenvolvimento de novas teorias. Esta está frequentemente à procura de resultados, e para isso exige persistência, isenção, rigor e uma grande responsabilidade ética.

Os enfermeiros necessitam cada vez mais de desenvolver o seu conhecimento científico e a sua aplicação prática a nível dos cuidados que prestam. Deste modo, a investigação é um processo importante para o desenvolvimento contínuo da Enfermagem e para uma correta tomada de decisões, tendo sempre em vista a melhor prestação de cuidados.

Os resultados do estudo vão ao encontro dos resultados de diversos estudos feitos anteriormente que demonstraram que a prática de atividade física tem um impacto positivo na qualidade de vida das pessoas.

A atividade física é um dos principais exemplos de mudança no estilo de vida que exerce um grande efeito sobre a saúde do indivíduo. A prática regular de AF tornou-se um importante fator na prevenção de doenças não transmissíveis e promove benefícios físicos e psicológicos aos indivíduos de diferentes grupos etários. Neste contexto, um estilo de vida ativo não só contribui para a prevenção de doenças crónicas, como também pode promover um aumento da qualidade de vida do indivíduo.

Este trabalho, como qualquer outro estudo de investigação, não esteve isento de dificuldades, e o facto de ter sido o primeiro trabalho de investigação realizado até ao momento acarretou um acréscimo destas, devido à inexperiência na área da investigação. No entanto, essas dificuldades foram ultrapassadas, conseguindo dar resposta aos objetivos propostos inicialmente.

Em termos de limites do estudo é importante referir que, de acordo com a revisão da literatura deste estudo, pesquisas envolvendo atividade física e qualidade de vida na população investigada ainda são bastante escassas. O facto de se tratar de um estudo transversal, onde os dados são colhidos num só momento junto da população e não de forma periódica, também foi considerado um dos limites deste estudo, assim como, o facto de esta investigação ocorrer em simultâneo com o Estágio de Integração Profissional

tratando-se de dois acontecimentos que despendiam de um investimento muito grande por parte da investigadora.

A realização deste estudo contribuiu para o desenvolvimento do gosto pela investigação, para o desenvolvimento de competências nesse mesmo âmbito e para o aprofundamento de conhecimentos sobre os temas abordados.

Em relação aos objetivos, geral e específicos definidos aquando da fase inicial, este estudo foi ao encontro do pretendido pela investigadora verificando-se que os resultados observados corresponderam aos resultados esperados em termos de objetivos traçados. No que diz respeito às questões de investigação do estudo, considerou-se que os resultados obtidos em termos globais permitiram dar resposta às mesmas.

É de referir o carácter enriquecedor em termos pessoais e como futura profissional de Enfermagem, pelas competências desenvolvidas a nível de investigação e pela realidade percecionada ao nível da comunidade. Esses mesmos conhecimentos poderão ser utilizados futuramente no desenvolvimento de novos estudos, ou até nesta mesma investigação, com tempo mais alargado por forma a estudar-se uma amostra maior extensível a outras faixas etárias. É de salientar que nos encontramos numa sociedade cada vez mais aberta e colaborativa, o que permitiria intervir localmente em articulação/colaboração autarquias, escolas, associações desportivas, entre outras, tendo em vista a promoção da saúde e a prevenção da doença na população e, consequentemente, uma melhor qualidade de vida.

Referências Bibliográficas

Argento, R. (2010). Benefícios da Atividade Física na Saúde e Qualidade de Vida do Idoso. (20 de janeiro).

Becker, A. (2013). *Exercício físico, qualidade de vida e autoestima global em idosos portugueses: um estudo exploratório do instrumento Whoqol-old*. [Em linha]. Disponível em <<https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/handle/10316/25068>>. [Consultado em 22/03/2017].

Centers of Disease Control and Prevention (2015). *How much physical activity do adults need?* [Em linha]. Disponível em <<https://www.cdc.gov/physicalactivity/basics/adults/index.htm>>. [Consultado em 22/03/2017].

Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. (2ª ed.). Coimbra, Almedina.

DGS (2002). *A atividade física e o desporto: um meio para melhorar a saúde e o bem-estar*. (18 de fevereiro).

DGS (2009). *Orientações da União Europeia para a Atividade Física: Políticas Recomendadas para a Promoção da Saúde e do Bem-Estar*. (18 de fevereiro).

Elias, J. (2014). Prática Desportiva, Qualidade de Vida, Violência Escolar, Composição e Satisfação Corporal dos Adolescentes Algarvios. [Em linha]. Disponível em <<https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/7503/1/TESE%20Joana%20Elias.pdf>>. [Consultado em 16/02/2017].

Farah, O. e Sá, A. (2008). *Psicologia aplicada à enfermagem*. São Paulo, Manole.

Ferreira, J., Diettrich, S. e Pedro, D. (2015). Influência da prática de atividade física sobre a qualidade de vida de usuários do SUS. [Em linha]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00792.pdf>>. [Consultado em 04/06/2017].

Fortin, M., Côté, J. e Fillion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidacta.

Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação*. Loures, Lusociência.

Freire, J. (2012). Perceção do Bem-Estar Sexual e Qualidade de Vida da Mulher com Incontinência Urinária. [Em linha]. Disponível em <<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1733/1/FREIRE%20Raquel%20Carvalho%20Rodrigues%20-%20Disserta%C3%A7ao%20mestrado.pdf>>. [Consultado em 16/02/2017].

Hulley, S. *et alli* (2008). *Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica*. (3ª ed.). Porto Alegre, Artmed.

Hungler, B. e Polit, D. (2007). *Investigacion cintífica en ciências de la salud*. (6ª ed.). México, Mc Graw Hill.

Instituto do Desporto de Portugal (2011). Plano Nacional de Atividade Física. [Em linha]. Disponível em <<http://www.spef.pt/image-gallery/26142028047115-Colgios-Exerccio-e-Sade-Docs-de-Referncia-Plano-Nacional-da-Atividade-Fsica.pdf>>. [Consultado em 20/01/2017].

Instituto Nacional de Estatística (2011). Censos da População. [Em linha]. Disponível em <<http://mapas.ine.pt/map.phtml>>. [Consultado em 29/04/2017].

IPAQ (2004). *Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – Short and Long Forms*. [Em linha]. Disponível em <http://www.institutferran.org/documentos/scoring_short_ipaq_april04.pdf>. [Consultado em 22/03/2017].

IPAQ – International Physical Activity Questionnaire. [Em linha]. Disponível em <https://sites.google.com/site/theipaq/questionnaire_links>. [Consultado em 22/03/2017].

Livro Verde da Atividade Física (2011). [Em linha]. Disponível em <http://observatorio.idesporto.pt/Multimedia/Livros/Actividade/LVerdeActividadeFisica_GERAL.pdf>. [Consultado em 16/02/2017].

Luz, T. (2015). Análise da Atividade Física e Qualidade de Vida em Estudantes de Ciências do Desporto. [Em linha]. Disponível em <<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/30373/1/AN%C3%81LISE%20DA%20ATIVIDADE%20F%C3%8DSICA%20E%20QUALIDADE%20DE%20VIDA%20EM%20ESTUDANTES%20DE%20CI%C3%8ANCIAS%20DO%20DESPORTO.pdf>>. [Consultado em 04/06/2017].

Manual de elaboração de trabalhos científicos. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ufp.pt/docs/Manual-Estilo-Elabora%C3%A7%C3%A3o-trabalhos-cient%C3%ADficos.pdf>>. [Consultado em 16/02/2017].

Marconi, M. e Lakatos, E. (2007). *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. São Paulo, Atlas.

Martins, M. (2000). Estudo dos Fatores Determinantes da Prática de Atividades Físicas de Professores Universitários. [Em linha]. Disponível em <http://nucidh.ufsc.br/files/2011/09/dissertacao_marcelle.pdf>. [Consultado em 16/02/2017].

OMS (2014). Atividade Física. [Em linha]. Disponível em <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/957_FactSheetAtividadeFisicaOMS2014_port_REV1.pdf>. [Consultado em 16/02/2017].

OMS (2014). *WHOQOL-BREF*. [Em linha]. Disponível em <<http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4446/2/WHOQOL-Bref%20PORTUGAL.pdf>>. [Consultado em 22/03/2017].

Polit, D. e Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. (5ª ed.). São Paulo, Artes Médicas Editora.

PORDATA (2011). Censos da População. [Em linha]. Disponível em <<http://www.pordata.pt/Subtema/Municipios/Censos+da+Popula%C3%A7%C3%A3o-204>>. [Consultado em 29/04/2017]

Pucci, F. *et alli* (2012). *Associação entre atividade física e qualidade de vida em adultos*. São Paulo, Saúde Pública.

Quivy, R. e Campenhoudt, L. V. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. [Em linha]. Disponível em <<https://pt.scribd.com/doc/37937019/Quivy-e-Campenhoudt-Manual-de-Investigacao-em-Ciencias-Sociais>>. [Consultado em 16/03/2017].

Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. (3ª ed.). Oliveira de Azeméis, Livpsic.

Rodrigues, N. (2012). Contributos da prática de atividade física no estilo de vida e no bem-estar psicológico: estudo com alunos do ensino superior da Universidade do

Algarve. [Em linha]. Disponível em <<https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/3495/1/Tese%20Mestrado%20-%20Nuno%20Miguel%20Viegas%20Rodrigues.pdf>>. [Consultado em 16/03/2017].

Sampieri, Roberto Hernández *et alli* (2006). *Metodologia de Pesquisa*. (3ª ed.). São Paulo, McGraw-Hill.

Silva, P. (2011). A influência da atividade física na qualidade de vida do idoso. [Em linha]. Disponível em <<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1676/1/SILVA%20Paulo%20Jose%20Pereira%20-%20Influ%C3%Aancia%20da%20atividade%20f%C3%ADsica%20na%20qualidade%20de%20vida%20do%20idos.pdf>>. [Consultado em 16/03/2017].

Thomaz, P. *et alli* (2010). Fatores associados à atividade física em adultos. [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n5/1635.pdf>>. [Consultado em 04/06/2017].

WHO (2016). Conceito de Saúde segundo OMS/WHO. [Em linha]. Disponível em <<http://cemi.com.pt/2016/03/04/conceito-de-saude-segundo-oms-who/>>. [Consultado em 16/02/2017].

WHO (2012) Physical Activity and Adults. [Em linha]. Disponível em <http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/en/>. [Consultado em 16/02/2017].

WHO (1997). WHOQOL: Measuring Quality of Life. [Em linha]. Disponível em <http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf>. [Consultado em 16/02/2017].

Anexos

Anexo I

Questionário

Questionário

O presente trabalho de investigação enquadra-se no âmbito do 4º ano, da Licenciatura em Enfermagem, na Universidade Fernando Pessoa, polo de Ponte de Lima, tendo como propósito determinar o “Impacto da Prática de Atividade Física na Qualidade de Vida do Adulto”, através do preenchimento do questionário abaixo descrito.

Tem como Objetivo Geral conhecer o impacto da prática de atividade física na qualidade de vida dos adultos de Ponte de Lima.

Sendo os Objetivos Específicos:

- ✓ Conhecer os níveis de atividade física dos adultos de Ponte de Lima;
- ✓ Conhecer a perceção dos adultos de Ponte de Lima relativamente à sua qualidade de vida;
- ✓ Identificar se a prática de atividade física tem impacto na qualidade de vida dos adultos de Ponte de Lima.

A finalidade deste trabalho é consciencializar a população adulta para a importância da prática de atividade física a médio e longo prazo na qualidade de vida, e propor a implementação de um programa de atividade física para a população adulta de Ponte de Lima.

Solicitamos a sua participação na presente investigação, através do preenchimento deste questionário. Responda com o máximo de rigor às questões que lhe serão colocadas, uma vez que será através das mesmas que se obterá resultados fidedignos para a conclusão deste trabalho.

Toda a informação adquirida será tratada de forma confidencial dado que as respostas são empreendidas exclusivamente para fins científicos.

A aluna de enfermagem

(Mariana Saraiva)

PARTE I: Caracterização Sociodemográfica e Grelha de Avaliação do Nível de Atividade Física

1 – Género: Feminino () Masculino ()

2 – Idade: _____ anos

3 – Situação profissional: _____

4 – Escolaridade: _____

5 – Estado Civil: _____

6 – Local de Residência: _____

7 – Agregado familiar: _____

8 – Está atualmente doente? Sim () Não ()

8.1 – Se sim, que doença tem? _____

8.2 – Há quanto tempo? _____

8.3 – Regime de tratamento? Internamento () Consulta externa () Sem tratamento ()

Para responder às perguntas pense somente nas atividades que realiza **por pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez.

1a. - Em quantos dias da última semana **CAMINHOU** por **pelo menos 10 minutos contínuos** em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

_____ dias por **SEMANA** Nenhum ()

1b. - Nos dias em que caminhou **por pelo menos 10 minutos contínuos** quanto tempo no total gastou a caminhar **por dia**?

_____ horas _____ minutos

2a. - Em quantos dias da última semana, realizou atividades **MODERADAS** por **pelo menos 10 minutos contínuos** como, por exemplo, pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou

qualquer atividade que fez aumentar moderadamente a sua respiração ou batimentos do coração (**POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA**)

_____ dias **por SEMANA** Nenhum ()

2b. - Nos dias em que fez essas atividades **moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos**, quanto tempo no total gastou a fazer essas atividades **por dia**?

_____ horas _____ minutos

3a. - Em quantos dias da última semana, realizou atividades **VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos** como, por exemplo, correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar **MUITO** a sua respiração ou batimentos do coração.

_____ dias **por SEMANA** Nenhum ()

3b. - Nos dias em que fez essas atividades **vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos** quanto tempo no total gastou a fazer essas atividades **por dia**?

_____ horas _____ minutos

Estas últimas questões são sobre o tempo que permanece sentado(a) todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado a estudar, sentado a descansar, sentado a conversar com alguém, a ler, sentado ou deitado a ver TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em autocarro, comboio, metro ou carro.

4a. - Quanto tempo no total gasta sentado durante um **dia de semana**?

_____ horas _____ minutos

4b. - Quanto tempo no total gasta sentado durante em um **dia de fim-de-semana**?

_____ horas _____ minuto

*IPAQ - International Physical Activity Questionnaire

PARTE II: Grelha de Avaliação da Qualidade de Vida

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde e outras áreas da sua vida.

Por favor responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a primeira resposta que lhe vem à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Nós pretendemos perguntar o que você acha da sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

| | Nada | Pouco | Moderadamente | Bastante | Completamente |
|--|------|-------|---------------|----------|---------------|
| Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Deve assinalar com um círculo em torno do número que melhor corresponde o quanto recebe dos outros o apoio que necessita nestas duas últimas semanas. Neste exemplo iria assinalar o número 4 se recebeu “Muito” apoio dos outros, ou iria assinalar o número 1 se não recebeu “Nada” de apoio dos outros.

Por favor, leia cada questão, pense no que sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala que melhor traduz a sua resposta para cada questão.

| | | Muito Má | Má | Nem Boa Nem Má | Boa | Muito Boa |
|---|--------------------------------------|----------|----|-------------------|-----|-----------|
| 1 | Como avalia a sua qualidade de vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | Muito Insatisfeito | Insatisfeito | Nem Satisfeito Nem Insatisfeito | Satisfeito | Muito Satisfeito |
|---|---|-----------------------|--------------|--|------------|---------------------|
| 2 | Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

| | | Nada | Pouco | Nem Muito Nem Pouco | Muito | Muitíssimo |
|----------|---|------|-------|------------------------|-------|------------|
| 3 | Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Até que ponto gosta da vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Em que medida sente que a sua vida tem sentido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | Até que ponto se consegue concentrar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Em que medida é saudável o seu ambiente físico? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

| | | Nada | Pouco | Moderadamente | Bastante | Completamente |
|-----------|---|------|-------|---------------|----------|---------------|
| 10 | Tem energia suficiente para a sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | É capaz de aceitar a sua aparência física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | Muito Má | Má | Nem Boa Nem Má | Boa | Muito Boa |
|-----------|---|----------|----|-------------------|-----|-----------|
| 15 | Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspetos da sua vida nas duas últimas semanas.

| | | Muito Insatisfeito | Insatisfeito | Nem Satisfeito Nem Insatisfeito | Satisfeito | Muito Satisfeito |
|-----------|--|-----------------------|--------------|--|------------|---------------------|
| 16 | Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

A pergunta que se segue refere-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

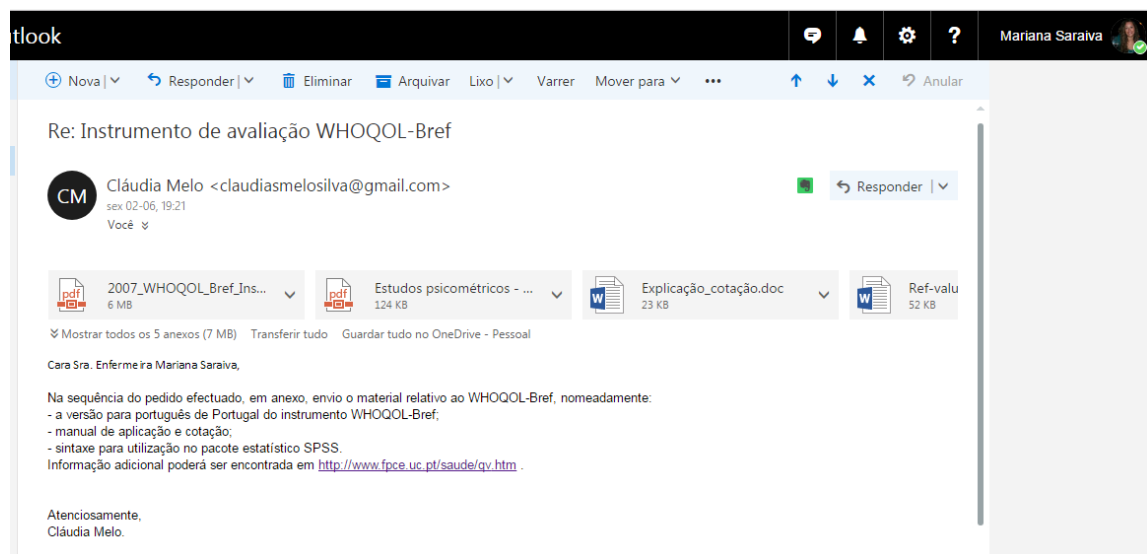
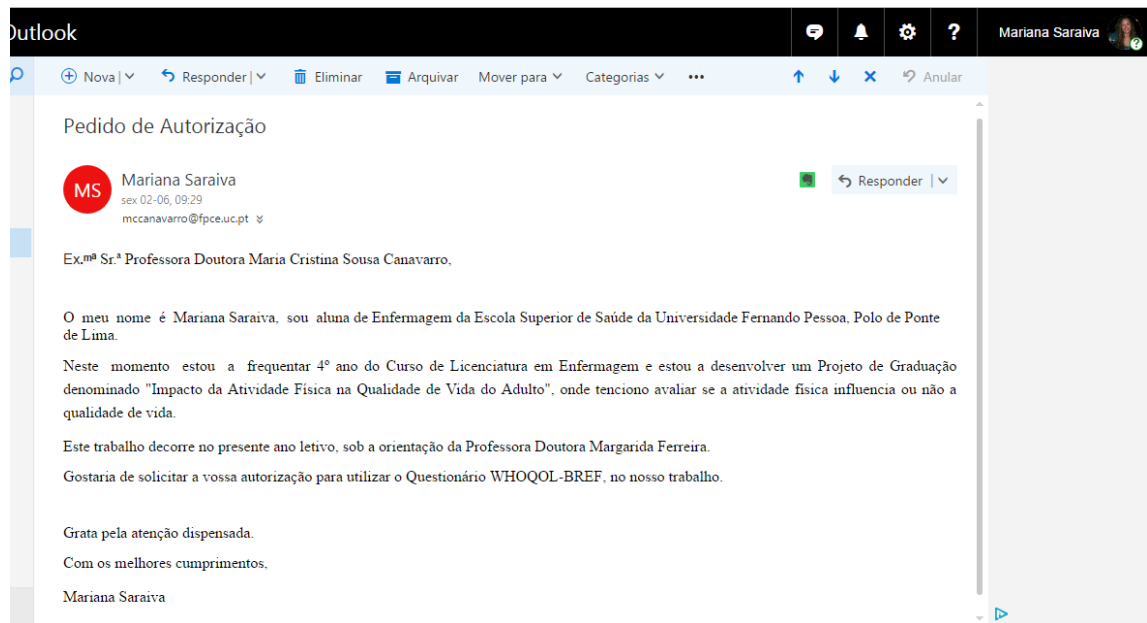
| | | Nunca | Poucas vezes | Algumas vezes | Frequentemente | Sempre |
|-----------|--|-------|--------------|---------------|----------------|--------|
| 26 | Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

*WHOQOL-Bref - World Health Organization Quality of Life

Muito obrigada pela colaboração!

Anexo II

Pedido de Autorização relativo ao Questionário WHOQOL-Bref



Anexo III

Dados colhidos através do Questionário WHOQOL-Bref

| Número do Questionário | Gênero | Q 1 | Q 2 | Q 3 | Q 4 | Q 5 | Q 6 | Q 7 | Q 8 | Q 9 | Q 10 | Q 11 | Q 12 | Q 13 | Q 14 | Q 15 | Q 16 | Q 17 | Q 18 | Q 19 | Q 20 | Q 21 | Q 22 | Q 23 | Q 24 | Q 25 | Q 26 | |
|------------------------|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|---|
| 1 | M | 4 | 4 | 2 | 2 | 5 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 1 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | |
| 2 | M | 3 | 4 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 1 | 4 | 3 | 5 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | |
| 3 | F | 4 | 5 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 2 | |
| 4 | M | 3 | 3 | 3 | 1 | 5 | 5 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 2 | |
| 5 | F | 4 | 4 | 3 | 1 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 2 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 1 | |
| 6 | F | 4 | 5 | 2 | 1 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 3 | 1 |
| 7 | F | 4 | 4 | 1 | 1 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 3 | 5 | 4 | 5 | 3 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 2 | 5 | 3 | |
| 8 | F | 4 | 4 | 2 | 1 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 2 | |
| 9 | F | 4 | 4 | 1 | 1 | 5 | 5 | 4 | 3 | 3 | 4 | 5 | 3 | 5 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | |
| 10 | M | 3 | 4 | 1 | 1 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | |
| 11 | M | 4 | 4 | 1 | 1 | 5 | 5 | 4 | 3 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 4 | 4 | 4 | 1 | |
| 12 | M | 5 | 5 | 1 | 1 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 2 | |
| 13 | F | 4 | 4 | 2 | 2 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 | 3 | 5 | 3 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 3 | |
| 14 | M | 4 | 4 | 2 | 1 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | |
| 15 | M | 5 | 5 | 1 | 1 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 5 | 5 | 2 | 4 | 3 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 3 | 5 | 2 | |
| 16 | F | 4 | 4 | 2 | 1 | 5 | 5 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 2 | |
| 17 | F | 4 | 4 | 1 | 1 | 5 | 5 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 3 | 3 | 2 | |
| 18 | M | 4 | 4 | 3 | 1 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 2 | 4 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 3 | 4 | 2 | |
| 19 | F | 5 | 5 | 1 | 1 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 2 | |
| 20 | F | 5 | 5 | 1 | 1 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 5 | 5 | 5 | 2 | |
| 21 | F | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | |
| 22 | F | 4 | 4 | 2 | 1 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 3 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | |
| 23 | F | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | |
| 24 | F | 3 | 4 | 1 | 1 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 5 | 2 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | |
| 25 | F | 5 | 4 | 1 | 1 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 3 | 5 | 3 | 4 | 4 | 5 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 3 | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 26 | F | 4 | 4 | 2 | 1 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 |
| 27 | F | 4 | 4 | 3 | 1 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 |
| 28 | F | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 2 | 3 | 4 |
| 29 | F | 4 | 4 | 2 | 2 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 3 | 5 | 3 | 4 | 4 | 5 | 1 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 |
| 30 | F | 4 | 4 | 2 | 1 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 2 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 |
| 31 | F | 4 | 5 | 3 | 1 | 5 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 |
| 32 | F | 3 | 3 | 5 | 5 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 1 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 4 | 5 | 3 | 4 | 3 | 4 |
| 33 | F | 4 | 4 | 1 | 1 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 4 | 5 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 2 |
| 34 | M | 5 | 5 | 1 | 1 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 3 | 4 |
| 35 | M | 3 | 4 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 1 | 4 | 3 | 5 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 |
| 36 | F | 4 | 5 | 2 | 1 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 1 |
| 37 | F | 4 | 4 | 1 | 1 | 5 | 5 | 4 | 3 | 3 | 4 | 5 | 3 | 5 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 2 |
| 38 | M | 4 | 4 | 2 | 1 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 2 |
| 39 | M | 4 | 4 | 3 | 1 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 2 | 4 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 3 | 4 |
| 40 | F | 5 | 5 | 1 | 1 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 5 | 5 | 2 |
| 41 | F | 4 | 5 | 2 | 1 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 1 |
| 42 | F | 4 | 4 | 1 | 1 | 5 | 5 | 4 | 3 | 3 | 4 | 5 | 3 | 5 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 2 |
| 43 | F | 4 | 5 | 2 | 1 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 1 |
| 44 | F | 5 | 5 | 1 | 1 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 5 | 5 | 2 |

Legenda:

F – Género feminino

M – Género masculino

Q – Questão

Anexo IV

Cotação do Questionário WHOQOL-Bref

Cotação do WHOQOL-Bref

A cotação do WHOQOL-Bref pode ser feita manualmente ou mediante recurso a uma sintaxe para o programa SPSS. Cada pergunta é cotada de 1 a 5, indicando cada um destes valores um descritor das escalas de resposta que compõem o instrumento.

Todos os itens são cotados de 1 a 5. Três itens, referentes a perguntas formuladas de forma negativa (Q3, Q4 e Q26), devem ser invertidos, o que para efeitos de cálculo, implica a subtração do seu **valor a seis unidades**.

O Centro de avaliação da Qualidade de Vida para português de Portugal, de acordo com as tendências atuais da OMS, optou por transformar os resultados numa escala de 0 a 100. O cálculo dos domínios faz-se recorrendo à seguinte fórmula geral:

$$\text{Resultado do Domínio} = \frac{\text{Somatório de todos os itens} - \text{Número de itens}}{4 \times \text{Número de itens}} \times 100$$

O *Domínio Físico* é composto por 7 itens (Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18); o cálculo do domínio faz-se de acordo com a seguinte fórmula $((6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18) - 7) / 28 \times 100$.

O *Domínio Psicológico* é composto por 6 itens (Q5, Q6, Q7, Q11, Q19, Q26); o cálculo do domínio faz-se de acordo com a seguinte fórmula: $((Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)) - 6) / 24 \times 100$.

O *Domínio das Relações Sociais* é composto por 3 itens (Q20, Q21, Q22); o cálculo do domínio faz-se de acordo com a seguinte fórmula: $((Q20 + Q21 + Q22) - 3) / 12 \times 100$.

O *Domínio Ambiente* é composto por 8 itens (Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25); o cálculo deste domínio faz-se de acordo com a fórmula seguinte: $((Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25) - 8) / 32 \times 100$.

A Faceta geral é composta por 2 itens (Q1, Q2): o cálculo desta faceta faz-se de acordo com a seguinte fórmula: $(Q1 + Q2) - 2) / 8 \times 100$.

Naturalmente, que o cálculo dos domínios pode ser feito simplesmente somando todas os itens (facetadas) que dele fazem parte e dividindo pelo total de itens. Este processo dará um

resultado na mesma escala que a escala de resposta (de 1 a 5) – nós não temos esses dados uma vez que a sintaxe do SPSS os converte automaticamente para a escala 0-100. Os resultados transformados, ainda que numa escala diferente são rigorosamente iguais, quer da escala de 1 a 5, quer da escala de 4 a 20, que se obtém através da multiplicação por 4 do resultado médio dos itens.

Anexo V

Cronograma

